



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

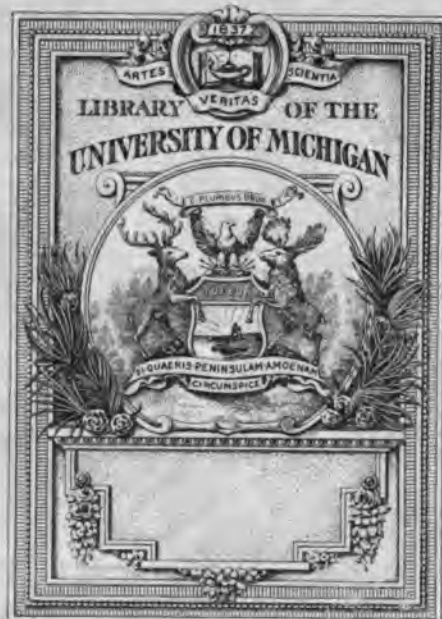
À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>



B 3 9015 00212 521 2
University of Michigan - BUHR







610,5
S678
A53

//
BULLETINS

DE LA

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS

PARIS.— IMP. V, GOUPY ET JORDAN, RUE DE RENNES, 1 .

BULLETINS

DE LA

74397

**SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS**

ANATOMIE NORMALE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, CLINIQUE.

LIX^e ANNÉE (1884)

4^e SÉRIE. — TOME IX.

RÉDIGÉS PAR

MM. CH. TALAMON & A. MATHIEU.
SECRÉTAIRES

PARIS

ADRIEN DELAHAYE et E. LECROSNIER, ÉDITEURS,
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1884

1

LISTE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

ANNÉE 1884

Bureau.

Président	MM. CORNIL.
Vice-Présidents.	{ BALZER.
	{ QUENU.
Secrétaires.	{ CHARRIN.
	{ MATHIEU.
Trésorier.	JOSIAS.
Archiviste.	MARIE.
Membres titulaires du Comité.	{ BALLET.
	{ BRAULT.
	{ TALAMON.
— adjoints.	{ CHANTEMESSE.
	{ DERIGNAC.
	{ MARCHANT (G.).

Membres Honoraires.

- 1874. ANGER (Th.), rue de Penthièvre, 16, Paris.
- 1879. BALZER, rue de Castellane, 18, id.
- BARTHEZ (E.), Marly-la-Ville, par Louvres.
- 1878. BERGER (P.), rue du Bac, 4, Paris.
- 1866. BESNIER (Ern.), rue des Mathurins, 37, id.
- 1874. BESNIER (J.), rue Vignon, 30, id.
- 1873. BLACHE (R.), rue de Surène, 5, id.
- 1869. BOUCHARD (Oh.), rue de Rivoli, 174, id.
- 1874. BOUCHEREAU, rue Cabanis, 1 (Asile Sainte-Anne), id.
- 1877. BOUILLY, boulevard Haussmann, 43, id.
- 1874. BOURNEVILLE, rue des Carmes, 14, id.
- 1869. BROUARDEL, boulevard Saint-Germain, 195, id.
- 1860. BUCQUOY, rue de l'Université, 81, id.
- 1878. BUDIN, boulevard Saint-Germain, 129, id.

6 LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

1874. CARRIÈRE, rue Portales, 2, id.
 1879. CARTAZ, rue Daunou, 18, id.
 CASTELNAU (H de).
 1878. CAZALIS (J.) fils, Cannes (Alpes-Maritimes).
 1873. CHARCOT, quai Malaquais, 17, Paris.
 1872. CHARPENTIER, rue de Miromesnil, 66, id.
 1877. CHOUPPE, rue du Bac, 36, id.
 1871. CORNIL (V.), rue Saint-Guillaume, 19, id.
 1877. COYNE, Bordeaux (Gironde).
 1869. CRUVEILHIER (Ed.), 26, avenue de la Grande-Armée, Paris.
 1879. DANLOS, rue de la Bruyère, 49, id.
 1876. DEBOVE, rue Drouot, 28, id.
 DENUCÉ, Bordeaux (Gironde).
 1868. DESORMEAUX, rue de Verneuil, 11, Paris.
 1869. DESPRÉS (Ar.), rue Jacob, 3, id.
 1877. DU CASTEL (V.), rue de Bellechasse, 14, id.
 DURAND-FARDEL, rue Guénégaud, 17, id.
 1882. DURET, rue de Condé, 10, id.
 1873. DUGUET, rue de Londres, 60, id.
 1879. DUPUY, Saint-Denis (Seine).
 1874. FERNET, rue de la Boétie, 28, Paris.
 FIAUX, boulevard Haussmann, 153, id.
 1872. FONTAN, Chaum, par St-Beat (Haute-Garonne).
 1867. GÉRIN-ROZE, rue de Provence, 4, Paris.
 1874. GINGEOT, rue de Bourgogne, 50, id.
 GOUBEAUX, Ecole vétérinaire d'Alfort (Seine).
 1877. GOUGUENHEIM, rue Neuve-des-Capucines, 9, Paris.
 1862. GOURAUD (X.), rue du Bac, 40, id.
 1873. GUÉNIOT, rue de Lille, 1, id.
 1867. GUYOT, rue de Madrid, 21, id.
 1872. HALLÉ, rue de Varennes, 38, id.
 1876. HALLOPEAU, rue d'Astorg, 30, id.
 1878. HANOT, rue de Rivoli, 122, id.
 HARDY (A.), boulevard Malesherbes, 5, id.
 1874. HAYEM, rue de Vigny, 7, parc Monceau, id.
 1874. HÉNOCQUE, avenue de Villiers, 87, id.
 1883. HENRIET, rue de Beaune, 14, id.
 HÉRARD, rue Grange-Batelière, 26, id.
 1877. JOFFROY, rue Godot-de-Mauroy, 28, id.
 1871. LABBÉ (Léon), boulevard Haussmann, 117, id.
 1873. LABORDE (J.-V.), rue de l'Ecole-de-Médecine, 15, id.
 LABOULBÈNE, boulevard St-Germain, 181, id.
 1873. LANCEREAUX, rue Volney, 3, id.
 1878. LANDOUZY (L.), rue Chauveau-Lagarde, 4, id.
 1873. LANNELONGUE, rue du faubourg St-Honoré, 118, id.

1874. LE DENTU, rue Taitbout, 45, id.
1876. LENHOSSEK, Pesth (Hongrie-Autriche).
1874. LEGROUX, rue de Rivoli, 178, Paris.
1876. LÉPINE, Lyon (Rhône).
LEUDET, Rouen (Seine-Inférieure).
1875. LIOUVILLE, quai Malaquais, 3, Paris.
1877. LONGUET, Bourges (Cher).
1879. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.), r. du Faub.-Pois., 50, Paris.
1851. LUNIER, rue de l'Université, 6, id.
1874. MAGNAN, rue Cabanis. 1 (Asile Sainte Anne).
1876. MALASSEZ, boulevard Saint-Germain, 168, id.
1878. MARCANO, rue de Rome, 56, id.
1867. MARTINEAU, rue Cambon. 24, id.
1873. MEURIOT, rue Berton, 17, Passy-Paris.
1883. MILLARD (H.-B.), 4 East-41^e Street, New-York.
1866. MILLARD, rue Rembrandt, 4, Paris.
MOISSENET, rue Richempanse, 9, id.
1876. MONOD (Ch.), rue Cambacérés, 12, id.
1878. NEPVEU, rue d'Enghien, 24, id.
1872. NICAISE, boulevard Malesherbes, 37, id.
1874. OLLIVIER (A.), rue de l'Université, 5, id.
1879. ORY, place de Passy, 2, id.
1872. PÉRIER, rue Drouot, 7, id.
1881. PINARD, rue Cambon, 26, id.
1856. PIOGEY, rue Saint-Georges, 24, id.
1878. PITRES, Bordeaux (Gironde).
1882. PORAK, boulevard St-Germain, 142, Paris.
POTAIN, boulevard Saint-Germain, 256, id.
1872. POUMET, rue Richelieu, 108, Paris.
1878. POZZI, place Vendôme, 10, id.
1865. PROUST (Ad.), boulevard Malesherbes, 9, Paris.
1873. RANVIER, boulevard Saint-Michel, 105, id.
1875. RECLUS (P.), rue des Saints-Pères, 9, id.
1877. RENAUT (J.), Lyon (Rhône).
1877. RENDU, rue de l'Université, 28, Paris.
1877. RICHELLOT (G.), rue Vignon, 22, id.
RICORD, rue de Tournon, 6, id.
1879. ROBIN (A.), rue de Saint-Pétersbourg, 4, id.
1840. ROGER (H.), boulevard de la Madeleine, 15, id.
1878. SANNÉ, avenue de Messine, 30, id.
1884. SEGUIN, New-York.
1876. SEVESTRE, rue Scribe, 5, Paris.
1876. SINÉTY (de), rue de la Chaise, 10, id.
1874. SCHWEICH, rue de Bondy, 7, id.
1876. TERRILLON, rue Chauchat, 23, id.
1864. TRÉLAT (U.), rue de l'Arcade, 18, id.

8 LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

1878. TROISIER, rue Caumartin, 32, id.
1878. TURNER, rue de Turin, 33, id.
VERNEUIL, Boulevard du Palais, 11, id.
VIDAL, rue Cambon, 49, id.
1871. VOISIN (A.), rue Séguier, 16, id.
1873. VULPIAN, rue Soufflot, 24, id.

Membres titulaires.

1879. BALLEZ, rue des Saints-Pères, 79, id.
1882. BAZY, rue de l'Oratoire-Saint-Honoré, 3, Paris.
1883. BRAULT, rue de l'Isly, 9, id.
1882. BRISSAUD, rue Mazarine, 9, id.
1884. CHAUFFARD, rue de Bellechasse, 14, id.
1878. FÉRÉ, rue Chomel, 5, id.
1882. JOSIAS, rue de Surène, 21, id.
1881. LELOIR, rue Monge, 17, id.
1884. LETULLE, rue Turbigo, 4, id.
1883. MATHIEU, rue Lafayette, 83.
1877. MOUTARD-MARTIN (R.), rue de Lille, 52, id.
1883. PETIT (Ch.-H.), rue des Bernardins, 48, id.
1882. QUÉNU, rue Vignon, 7, id.
1879. QUINQUAUD, rue de l'Odéon, 5, id.
1883. REMY (Ch.), 74, rue de Rome, id.
1879. SCHWARTZ, 122, boulevard Saint-Germain, id.
1883. TALAMON, rue Feydeau, 26, id.

Membres adjoints.

1883. BABINSKY, Hôtel-Dieu, Paris.
1875. BARIÉ, avenue de l'Opéra, 18, Paris.
1879. BARTH, rue de Lille, 46, id.
1883. BERNE, boulevard St-Germain, 63, id.
1877. BEURMANN (de), rue des Petites-Ecuries, 55, id.
1883. BRODEUR, hôpital Tenon, id.
1879. BRUN, quai du Marché-Neuf, 4, id.
1872. CAMPENON, rue des Saints-Pères, 83, id.
1883. CAPITAN, rue des Ursulines, 17, id.
1879. CASTEX, rue de Miroménil, 64, id.
1882. CHANTEMESSE, Hôpital de la Pitié, id.
1883. CHARRIN, hôpital Lariboisière, id.
1883. COUDRAY, rue Delaplanche, 5, id.
1874. CUFFER, rue Richempanse, 7, id.
1883. DAMALIX, 81, rue Madame, id.
1883. DE GENNES, boulevard St-Germain, 20, id.

1878. DÉJERINE, rue Jacob, 14, id.
1883. DERIGNAC, 6, rue Richempanse, Paris.
1880. DESNOS, avenue Victoria, 9, id.
1880. DOLÉRIS, rue de la Bienfaisance, 34, id.
1879. DREYFOUS, rue Richelieu, 61, id.
1876. DREYFUS-BRISAC, rue Blanche, 11, id.
1883. GIRAudeau, boulevard Malesherbes, 58, id.
1875. GRAUX, Contrexeville.
1882. GOMBAULT, rue de Vaugirard, 41, Paris.
1881. HAVAGE, rue Treilhard, 4, id.
1879. JALAGUIER, rue de l'Oratoire, 4, id.
1872. JAMIN, rue de la Victoire, 87, id.
1876. JEAN, rue Cambon, 22, id.
1883. LAUNOIS, hôpital Necker, id.
1881. LAURAND (Georges), avenue Kléber, 77, id.
1884. LE GENDRE.
1881. LEGENDRE, Nouvelle-Rue de Olichy, 52, Paris.
1884. LEJARD.
1877. LEROUX (Charles), rue Chauveau-Lagarde, 16, id.
1875. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (P.), rue d'Enghien, 30, id.
1883. MALÉCOT, id.
1876. MARCHANT (G.), rue de Rennes, 70, id.
1883. MARIE, 10, rue Pré-aux-Clercs.
1878. MARTIN (H.), rue Bonaparte, 47, id.
1880. MAYGRIER, rue des Ecoles, 23, id.
1880. MERKLEN, avenue Percier, 10, id.
1882. NETTER, Hôpital de la Pitié, id.
1875. OULMONT, rue d'Aumale, 9, id.
1882. OZENNE, rue Maubeuge, 17, id.
1883. PICQUÉ, boulevard Montparnasse, 57, id.
1881. POIRIER, rue Monge, 5, id.
1884. RICHARDIÈRE, hôpital des Enfants-Malades, id.
1879. REYNIER, rue de Rome, 11, id.
1879. SEGOND, quai d'Orsay, 11, id.
1882. SABOURIN, rue Montmartre, 103, id.
1883. SIREDEY, place St-Georges, 28, id.
1880. STACKLER, rue Copenhague, 5, id.
1882. SUCHARD.
1878. TAPRET, rue Volney, 9, id.
1883. THIBIERGE, rue d'Alger, 9, id.
1881. VARIOT, rue de Trévise, 8, id.
1883. VERCHÈRE, hôpital de la Pitié, id.

Membres correspondants.

ANDRAL (Léon), Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées).

10 LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

1882. ARNALDO-ANGELUCCI, Rome, Italie.
 1882. AUFFRET, rue de la Mairie, 25, Brest (Finistère),
 1876. AUGER, Bolbec (Seine-Inférieure).
 1883. AVEZOU, 1, rue des Deux-Portes, Paris.
 1883. BARBAUD, avenue Duquesne, 45, id.
 1874. BARÉTY, Nice (Alpes-Maritimes).
 1881. BAUDRY, boul. de la Liberté, 53 bis, Lille (Nord).
 1882. BEAUMANOIR (J.), passage Russeil, 16, Nantes (L.-I.).
 1883. BELLOUARD, rue de Rome, 58, Paris.
 BERCIOUX, Bourges (Cher).
 1879. BERGERON (Alb.), rue du Bac, 34, Paris.
 1880. BÉRINGER, rue de Sévres, 91, id.
 BIDARD, rue de Surène, 9, Paris.
 1880. BIDE, Madrid (Espagne).
 1883. BINET (Paul) boul. de Plainpalais, 3, Genève (Suisse).
 BLAIN, Bernay (Eure).
 1882. BLAISE, Montpellier (Hérault).
 1874. BOCHFONTAINE, boulevard Saint-Michel, 38, Paris.
 BOËCHAT, Fribourg (Suisse).
 1876. BOISSIER, rue Saint-Honoré, 217, Paris.
 BONNET, Valence (Drôme).
 1882. BOTTENTUIT, rue de Londres, 56, Paris.
 BOUCHER, Corbeil (Seine-et-Oise).
 BOUCHUT, rue de la Chaussée-d'Antin, 38, Paris.
 1883. BOULEY (E.).
 1883. BUICLI (Christe), Roman (Roumanie).
 1877. BOURCERET, rue d'Auteuil, 16, Paris.
 BOUSSEAU, Cholet (Maine-et-Loire).
 1880. BRUNEAU.
 BRUTÉ, Rennes (Ille-et-Vilaine).
 1878. BUTRUILLÉ, rue des Champs, 13, Roubaix (Nord).
 BUTTE, rue Niepce, 19, Paris.
 CADET DE GASSICOURT, boul. Haussmann, 40, Paris.
 1882. CARAFFI.
 1883. CARON, 28, r. des Pommiers-Mallet, Rouen (S.-Inf.).
 CARESME, rue de la Fidélité, 16, Paris.
 CARION, Charleville (Ardennes).
 1875. CARPENTIER-MÉRICOURT (fils), rue Villedo, 6, Paris.
 CARVILLE, Menton (Alpes-Maritimes).
 CAUCHOIS, Rouen (Seine-Inférieure).
 1882. CHAMBARD, Lyon, rue Gasparin, 9 (Rhône).
 1879. CHAVERNAC, Aix (Bouches-du-Rhône).
 1869. CAZIN, Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais).
 1880. CEPPI, Porrentruy (Suisse).
 1881. CERNÉ (E.), rue Nationale, 10, Rouen (Seine-Infér.).
 CHALLAND, Lausanne (Suisse).

1881. CHEDEVERGNE, Poitiers (Vienne).
 1879. CHENET, rue d'Hauteville, 52, Paris.
 CHÉNIEUX, Limoges (Haute-Vienne).
 1877. CHEVALET, rue de Grammont, 26, Paris.
 1880. CHUQUET, villa des Thermes, Uriage-les-Bains (Isère).
 CLÉRAULT.
 COLIN, Ecole d'Alfort (Seine).
 CORNILLON, Vichy (Allier).
 1880. COTTIN, place d'Armes, 10, Dijon (Côte-d'Or).
 COULON, rue St-Jean, 35, Cambrai (Nord).
 CUSCO, rue Laborde, 50, Paris.
 DAMASCHINO, rue de l'Université, 26, Paris.
 1883. DANILLO (S.-F.), Clinique des maladies mentales à
 l'Académie Impériale de St-Pétersbourg (Russie).
 DECÈS (A.), Reims (Marne).
 DECORNIÈRE, Lisièu Calvados).
 1883. DEFFAUX, rue du Sommerard, 35, Paris.
 1874. DEFOIX, Buenos-Ayres, Calla Cuya, 34 (Rupublique
 Argentine).
 1876. DELAUNAY, rue Cler, 43, Paris.
 DELBARRE, Cambrai (Nord).
 1884. DELOTTE, rue Saint-André-des-Arts, 30, Paris.
 1874. DEMANGE, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
 1876. DENY (G.), rue de la Pépinière, 18, Paris.
 DÉPÉRET-MURET, Limoges (Haute-Vienne).
 1878. DEVILLE, Harrogate (Angleterre).
 1875. DIANOUX, Nantes (Loire-Inférieure).
 1882. DIETERLEN.
 DIEULAFOY, rue Caumartin, 16, Paris.
 DODEUIL, Ham (Somme).
 DRANSART, Somain (Nord).
 DUBOIS, Abbeville (Somme).
 1881. DUBAR, rue Monge, 68, Paris.
 DUBRUEIL, Montpellier (Hérault).
 DUBUC, rue de la Victoire, 61, Paris.
 DUMONT-PALLIER, rue Vignon, 24, id.
 DUPLAY (S.), rue de Penthhièvre, 2, Paris.
 DURAND, St-Martin-d'Auxigny (Cher).
 1878. DUSAUSSAY, rue Mogador, 5, Paris.
 ESPINE (D'), Genève (Suisse).
 EXCHAQUET, Bex, (canton de Vaud, Suisse).
 FARABEUF, rue de l'Ecole-de-Médecine, 7, Paris.
 FAURE (Louis), Riom (Puy-de-Dôme).
 FÉRÉOL, rue des Pyramides, 8, Paris.
 FERRAND, rue du Bac, 110, id.
 1881. FERRAUD (Jacques), Blois (Loir-et-Cher).

12 LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

1876. FIOUPPE, Marseille (Bouches-du-Rhône).
 1881. FIRKET, rue de la Fragmrée, Liège (Belgique).
 FLEUROT, Dijon (Côte-d'Or).
 FOUCAULT, Fontainebleau (Seine-et-Marne).
 1876. FOURNAISE, rue des Francs-Bourgeois, 26, Paris.
 FOURNIER, rue Volney, 1, id.
 FRÉMY, rue de Paris, 184, Pantin.
 GADAUD, Périgueux (Dordogne).
 1882. GAILLARD, rue de Rivoli, 182, Paris.
 1879. GALLAND, rue St-Placide, 52, Paris.
 1877. GALLOPAIN, Directeur-Médecin de l'Asile public
 d'Aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre).
 1877. GARNIER, rue de la Bastille, 3, Paris.
 1882. GARCIA-LAVIN, calledel'Agusta, 113, Havane (Cuba).
 GARSEAUX, boulevard Beaumarchais, 7, Paris.
 1876. GAUDRON, Besançon (Doubs),
 1883. GEFFRIER.
 GELLÉ, rue Boulard, 33, Paris.
 1883. GENDRON, quai du Havre, 12, Rouen (Seine-Infér.).
 GIRARD, Grenoble (Isère).
 1881. GIRON, avenue du Pont-Aurillac (Cantal),
 GOETZ, rue du Conseil-Général, 8, Genève (Suisse).
 1883. GOMOT, rue d'Armagnac, 1, Guéret (Creuse).
 GRANCHER, rue d'Anjou-Saint-Honoré, 65, Paris.
 1884. GRENIER, rue de Clichy, 17, id.
 GRIPAT, Angers (Maine-et-Loire).
 1882. GUELLIOT, 1, rue de la Prison, Reims (Marne).
 1884. GUERMONPREY, faub. de Tournay, 52, Lille (Nord),
 1874. GUILLAUMET, rue du Fauboug-St-Denis, 220, Paris.
 1878. GUINAND,
 1881. GUITER, rue Marceau, 1, Cannes (Alpes-Maritimes).
 GUYON, rue de la Ville-l'Evêque, 27, Paris.
 HABRAN, Reims (Marne).
 HALLEZ, Lille (Nord).
 1882. HADDEN, Saint-Thomas'Hospital, Londres.
 HAMY, rue Lubeck, 40, Paris.
 1878. HEYDENREICH, pl. Vaudemont, 4, Nancy (M.-et-Mos.).
 HENROT, Reims (Marne).
 HERPIN, Tours (Indre-et-Loire).
 1876. HERPIN (O.), Tours (Indre-et-Loire).
 HERVEY, Troyes (Aube).
 1883. HIRTZ (E.), boulevard Haussmann, 76, Paris.
 HUBERT, rue de Castellane, 6, id.
 HUGHARD, avenue des Champs-Élysées, 67, id.
 1883. HUE (F.-Alp.), Nantes (Loire-Inférieure).
 1876. HUGONNEAU, Saint-Mathieu (Haute-Vienne).

1884. HUTCHINSON (J.), jeune, 15, Cavendish Square, Londres.
1880. HUTINEL, rue de la Boëtie, 13, Paris.
1876. ISZENARD, rue de la Boulangerie, 39, St-Denis (Seine).
1879. JACQUEMART, rue Erlanger, 2, Auteuil-Paris.
1881. JAGOT, rue Bel-Air, 26, Angers (Maine-et-Loire).
1881. JAURAND-DEZANNEAU, Airvault (Deux-Sèvres).
1883. JOUET, Chauvigny (Vienne).
1874. KELSCH, professeur au Val-de-Grâce (Seine).
1882. KIRMISSON, rue Monge, 38, id.
1876. KOMOROWSKI, Montdoubleau (Loir-et-Cher).
1879. LABADIE-LAGRAVE, avenue Montaigne, 8, Paris.
1882. LABAT, Gambrière, par Astaffort (L.-et-G).
1882. LACAZE Montauban (Lot-et-Garonne).
1878. LACOMBE, boulevard Malesherbes, 20, Paris.
1883. LACOT Y MARTINEZ, Madrid (Espagne).
- LACROUZILLE, Périgueux (Dordogne).
1876. LADMIRAL, rue du 14 Juillet, 7, Corbeil (S.-et-Oise).
- LADREIT DE LA CHARRIÈRE, rue Bonaparte, 1, Paris.
1876. LAFONT, Bayonne (Basses-Pyrénées).
- LAFUILLOUZE (P. DE).
1874. LAGRANGE, Châlons-sur-Saône (Saône-et-Loire).
- LAILLER, rue de Bruxelles, 3, Paris.
- LALLEMENT, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
1882. LARABRIE (E. DE), rue Bonne-Louise, à Nantes (L.-I).
1879. LATASTE, rue Radziwill, 9, Paris.
- LAUGIER (Maurice), rue de Olichy, 14, Paris.
1881. LE BAIL, le Mans (Sarthe).
1882. LEBLOND, rue d'Hauteville, 53, Paris.
1877. LEBREDO, Consulado, 126, Cuba. La Havane.
1883. LE CLERC, place du Château, Saint-Lô (Manche).
- LEDIBERDER, Lorient (Morbihan).
1876. LEDOUBLE, Tours (Indre-et-Loire).
- LEDRU, Clermont-FERRAND (Puy-de-Dôme).
- LE FORT (L.), rue de la Victoire, 96, Paris.
1868. LÉGÈRE, Abbeville (Somme).
1877. LÉGER, place Saint-Denis, 69, Amiens (Somme).
- LEMAISTRE, Limoges (Haute-Vienne).
- LEROY DES BARRES, Saint-Denis (Seine).
- LESOUËF, Criquetot-Sur-Ouville, par Yerville (S.-Inf.).
- LEVIEUX, Bordeaux (Gironde).
1881. LEVRAT, Lyon (Rhône).
1874. LUBIMOF, Moscou (Russie).
- LUYS, rue de Grenelle, 20, Paris.
- MALHERBE, père, Nantes (Loire-Inférieure).
- MALHERBE (Alb.), Nantes (Loire-Inférieure).

14 LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

1877. MARCHAND, rue Lafayette, 83 bis, Paris.
 MARJOLIN, rue Chaptal, 16, Paris.
 MARTIN (E.), Genève (Suisse).
1876. MARTINET, Sainte-Foy-la-Grande (Gironde).
1879. MAUNOURY (G.), place du Théâtre, Chartres (Eure-et-Loir).
1882. MAYOR, place du Lac, 1, Genève (Suisse).
1882. MÉRICAMP, Biarritz (Basses-Pyrénées).
 MIERZEJEWSKY, profess. à l'Académie Médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg (Russie).
1883. MINOR, rue Pokrowka, Maison Sirotinine, Moscou (Russie).
 MOCQUOT, Appsigny (Yonne).
 MOLLOY, quai du Louvre, 16, Paris.
 MONOD (L.), rue des Ecuries-d'Artois, 5, Paris
1880. MONOD (E.), Bordeaux (Gironde).
1878. MORISSET.
1880. MOSSÉ, Montpellier (Hérault).
1876. MOTTA-MAIA, Rio-Janeiro (Brésil).
1874. MOUTON, Cannes (Alpes-Maritimes), avenue de Lerins, à la Croisette.
- MOYNIER, rue Caumartin, 19, Paris.
 NÉGRIÉ, Bordeaux (Gironde).
1883. NEUGEBAUER (F.), rue Leszno, 31, Varsovie (Pologne).
1879. NITOT, rue de Provence, 18, Paris.
 NIVERT, rue Bayard, 22, Paris.
 NOVARO, Buenos-Ayres (République-Argentine)
- OLIVIER, Rouen (Seine-Inférieure).
1881. ORNIÈRES, Port-Louis (Ile-Maurice).
 PAINETVIN, Fresnoy-le-Grand (Aisne).
 PANAS, rue du Général-Foy, 17, Paris.
 PAQUET, Lille (Nord).
 PARIS, Angoulême (Charente).
 PARISE, Lille (Nord).
1879. PASTEAU, boulevard Voltaire, 147, Paris.
- PASTURAUD, Etampes (Seine-et-Oise).
1879. PAUFFARD, Dijon (Côte-d'Or).
 PÉAN, place Vendôme, 21, Paris.
1879. PEAUCELLIER, rue des Ecoles-Chrétiennes, 18, Amiens (Somme).
 PELTIER, Sedan (Ardennes).
 PELVET, Vire (Calvados).
1883. PEISON, rue Soufflot, 20, Paris.
- PETEL, 20, rue Thiers, Rouen (Seine-Inférieure).
1877. PETITFILS, Vierzon (Cher).
1878. PETON. Saumur (Maine-et-Loire).

1878. PEULEVÉ, Amiens (Somme).
PEYRAUD, Libourne (Gironde).
1873. PEYROT, rue Laffitte, 18, Paris.
1877. PICHARDO, La Havane (Cuba).
1881. PIÉCHAUD, Bordeaux (Gironde).
1883. PILLOT, rue Thomas-Maure, 5, Auxerre (Yonne).
PLANCHON, rue Cambacérès, 5, Paris.
1883. PLANTEAU, Bordeaux (Gironde).
POISSON, au Sentier, près Ste-Marie, par Pornic
(Loire-Inférieure).
1874. POLYCHRONIE.
1874. PONCET, Lyon (Rhône).
PRUSNEAU, l'Isle (Yonne).
1884. QUERMONNE, r. du Pont-St-Jacques, Caen (Calvados).
RAGOT, Pont-Audemer (Eure).
1878. RATHERY, rue Saint-André-des-Arts, 51, Paris.
1876. RAYMOND (F.), rue Greffulhe, 8, Paris.
1879. REIGNIER, Moulins (Allier).
1880. RENAULT, rue d'Aumale, 6, Paris.
REVERDIN, Genève (Suisse).
REY, Gaillac (Tarn).
RICHARD-MAISONNEUVE, rue Malher, 6, Paris.
RICHT, boulevard Haussman, 21, Paris.
1874. RIGABERT, Port-d'Euvaux (Charente-Inférieure).
1877. RONDOT, Bordeaux (Gironde).
1878. ROSAPPELLY, rue de Buci, 10, Paris.
1883. RUMMO (Gaetano), Salvator-Rosa, 281, Naples (Italie).
1881. SAINTON, Tours (Indre-et-Loire).
1881. SCHEWING, rue de Provence, 19, Paris.
SCHLOSS, rue Hauteville, 20, Paris.
SÉE (M.), boulevard Saint-Germain, 126, Paris.
1874. SEUVRE, Reims (Marne).
SÉZARY, Alger, Algérie.
SIREDEY, rue Saint-Lazare, 23, Paris.
- SLAWJANSKI, Saint-Petersbourg (Russie).
1874. SOKKEEL, Douai (Nord).
SPIESS, Genève (Suisse).
1876. STOICESCO, Bucharest, Strada Calonferesco, 9 (Roumanie).
1878. VIDAL-SOLARÈS.
TARNIER, rue Duphot, 15, Paris.
TEILLAIS, Nantes (Loire-Inférieure).
TEISSIER fils, Lyon (Rhône).
1884. TESTUT, Bordeaux (Gironde).
THAON, Nice (Alpes-Maritimes).
THIBLERGE, rue d'Alger, 9, Paris.

16 LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

1884. THIERRY, 37, rue Thiers, à Rouen (Seine-Inférieure).
1877. THORENS, rue de Penthievre, 34, Paris.
TILLAUD, boulevard Saint-Germain, 189.
1883. TOLEDANO, 29, rue de Bourgogne, Paris.
TONNET, Niort (Deux-Sèvres).
1878. TORRÉS, Buenos-Ayres (République-Argentine).
TRIPPIER, Lyon (Rhône).
1877. ULLIAC, Collinée (Côtes-du-Nord).
URDY, rue de la Banque, 1, Valence (Drôme).
VERETTE, Sézanne (Marne).
1877. VEYSSIÈRE, rue Godot-de-Mauroy, 33, Paris.
1874. VIGUIER.
VILLARD, Guéret (Creuse).
1883. VOISIN (J.), rue du Faubourg-Poissonnière, 58, Paris.
WAST, Vitry-le-Français (Marne).
1881. WATSON.
1874. WILBOUCHEVITCH (BORIS DE), Moscou (Russie).
1880. ZEMBICKI, Wernhaus villa Ozartoryski, Vienne (Autriche).
-

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

59^e ANNÉE. — JANVIER 1884.

Séance du 4 janvier 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

- 1. Occlusion intestinale causée par un rétrécissement ancien de l'intestin grêle. — Etablissement d'un anus contre nature. Mort ; par M. Paul BERGER.**

B..., âgé de 57 ans, blanchisseur, me fait appeler le 12 décembre pour les accidents suivants : Dimanche matin, 9 décembre, un instrument lui échappa des mains et le frappa au bas-ventre. Peu après il ressentit une douleur vive qui s'accrut bientôt, s'accompagna de besoin infructueux d'aller à la selle, de rendre des vents et de vomissements. Ceux-ci bilieux d'abord, devinrent le lendemain brunâtres et étaient franchement intestinaux le 12 au matin. — Ils revenaient spontanément : tous les liquides injectés étaient aussitôt rendus ; le 11 il y eut, après l'administration d'une pilule purgative, quelques matières et quelques gaz rendus par l'anus.

Antécédent. Alcoolisme. — Depuis un an a maigri notablement, et est sujet à des coliques, à des douleurs, sur-

tout dans le côté droit de l'abdomen ; il marche souvent courbé en deux, et est assez constipé.

Etat le 12. Faciès très altéré ; refroidissement de la face et des extrémités : anxiété ; pouls petit, à peine sensible ; cœur faible, irrégulier ; souffle au 1^{er} temps à la base. — Ventre modérément tendu, peu douloureux, surtout à gauche vers le flanc : partout sonore ; aucune forme spéciale à noter. — La palpation le trouve souple, peu dur, et fait contracter énergiquement les anses intestinales. Rien aux anneaux (une pointe de hernie à gauche), rien dans les fosses iliaques que l'on peut explorer assez librement. La pression sur le ventre détermine des nausées et des vomissements. Les urines sont rendues régulièrement, le toucher rectal n'enseigne rien de particulier. M. le D^r Reulos, en raison du début soudain, pense à une invagination ou à un étranglement par bride. En raison du début un peu obscur, de l'âge, de l'état antérieur, j'opine pour un cancer. Quoique l'opération soit probablement nécessaire, on essaie l'électrisation intestinale, et on administre la morphine en injections hypodermiques ; glace, champagne frappé à l'intérieur.

13. L'état est plus mauvais, le malade est plus faible. Les moyens employés la veille n'ont amené aucun résultat ; le matin, un lavement a amené un peu d'humeur, quelques matières dures et quelques gaz. Le péril est imminent et je pense que l'opération de l'anus contre nature ne peut être différée. Le malade est transporté à l'hospice, salle Desprès, n° 12.

Opération le 13, à 9 h. 1/2, avec l'assistance de M. Reulos. — Incision à un travers de doigt au-dessus de la moitié externe de l'arcade de Fallope ; on lui donne 7 cent. environ. L'aponévrose du grand oblique, le petit oblique, le transverse sont coupés sur la sonde cannelée ou en dédolant ; peu d'écoulement sanguin. Le péritoine est facile à voir ; je l'incise sur la sonde cannelée et je vois une anse très distendue d'intestin grêle. Elle recouvre l'S iliaque revenu entièrement sur lui-même et très reconnaissable à ses franges. Le doigt promené dans la cavité abdominale ne sent d'ailleurs aucun obstacle. Je me décide à fixer l'anse d'intestin grêle au moyen de 8 points de suture en crin comprenant la peau, le péritoine et la paroi intestinale. Cette suture est très gênée par l'effusion des matières liquides qui se font par les trous de l'aiguille de Reverdin. Une incision de 3 centimètres est faite sur l'anse entre les points suturés : il s'en écoule, en jet d'abord, puis en bavant environ 2 à 3 litres de matières intestinales

liquides. Un peu d'iodoforme sur la partie externe de la plaie. Le malade a très bien supporté le chloroforme qui a notablement relevé le pouls. — Pansement avec gaze trempée dans une solution phéniquée faible. On réchauffe l'opéré et on lui donne dans la journée du champagne frappé et des injections de morphine.

Le malade ne présenta plus de vomissements, mais l'état de faiblesse ne fit qu'augmenter; le soir il fut pris de délire; la température dépassait un peu 38°, le pouls était incomptable. Il mourut le 14, à 7 heures du matin.

Autopsie, le 15 à 6 heures. — Elle ne put être faite qu'incomplètement. Par une incision elliptique circonscrite dans l'anus contre nature, on put enlever ce dernier et la totalité de l'intestin. Il n'y avait dans l'abdomen ni épanchement de matières, ni gaz, ni sang, ni même d'exsudat péritonéal; l'intestin ne présentait pas la congestion qui indique une péritonite commençante. L'abouchement de l'intestin à l'orifice de la paroi était déjà protégé par les adhérences glutineuses. L'ouverture était établie sur la partie moyenne de l'intestin grêle. A une distance de 1^m.50 au-dessous, se voyait un point rétréci, au-dessous duquel l'intestin diminuait subitement de calibre et était revenu sur lui-même. Le gros intestin, très rétracté, contenait quelques matières solides. Le point rétréci semble très étroit: on dirait d'une ligature posée par le tube intestinal, mais ne fermant pas complètement sa lumière; à ce niveau l'intestin est un peu plus rouge à sa surface et une ecchymose manifeste se voit sur le mésentère. La séreuse, au niveau du rétrécissement, présente un aspect fibroïde, blanchâtre, comme celui qui résulterait de l'organisation de fausses membranes déjà anciennes; sa surface est lisse et ne présente pas de dépoli ni d'aspect poisseux. Il n'y a, du reste, pas d'épaississement des tuniques en ce point. L'intestin incisé dans toute sa longueur, présente au-dessus du point rétréci une congestion intense de sa surface interne; au-dessous, la coloration redevient normale. La muqueuse est absolument intacte au niveau du rétrécissement, mais elle est blanchâtre et dépourvue de valvules conniventes, au niveau du rétrécissement. L'amincissement de la paroi intestinale en ce point doit porter sur la musculuse, et est rendu surtout manifeste par la transparence que présente la circonférence du rétrécissement et par la palpation. Il est bon de faire observer que ce rétrécissement ne correspondait à aucun orifice naturel ou accidentel où l'intestin aurait été engagé. Aucune traction ne fut nécessaire pour l'amener hors du ventre à l'autopsie.

M. CORNIL fait remarquer que l'autopsie a été incomplète; que le gros intestin en particulier n'a pas été examiné, et que, par conséquent, il subsiste des doutes sur le rôle de l'anneau anémié que l'on constate sur l'intestin grêle.

2. Kyste dermoïde du ligament large. ovariectomie, guérison ; par M. H. HARTMANN, interne des hôpitaux.

A..., 48 ans, ménagère, entre le 24 octobre 1883, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 1 (service de M. TERRIER), pour une tumeur du ventre.

Antécédents. — Mère, âgée de 81 ans, actuellement vivante, en bonne santé. Père mort à 66 ans d'une fièvre typhoïde. Deux sœurs mortes de suites de couches, deux autres en bonne santé. Jamais de maladies graves. Un enfant à l'âge de 22 ans. Réglée à 16 ans; toujours bien jusqu'en septembre 1882 où les règles ont manqué: depuis cette époque elles sont revenues 4 fois seulement.

Il y a dix-sept ans, le ventre commença à grossir d'une façon graduelle, si bien qu'un médecin consulté crut reconnaître une grossesse de 7 mois, quoique les règles n'eussent jamais cessé de paraître. Un an à 15 mois après, notre malade se décida à venir consulter à Paris. Elle vit M. Demarquay qui diagnostiqua un kyste et conseilla l'ovariotomie. M. Gosselin, qu'elle alla trouver ensuite, lui fit une ponction qui évacua 9 litres d'un liquide absolument clair, comme du cristal de roche, et une injection iodée. Jusqu'à l'an dernier, il n'y eût rien d'anormal; mais à cette époque, il y a un an, les règles cessèrent de se montrer et le ventre augmenta de nouveau de volume. En février 1882, la malade constata une tumeur du volume du poing dans la fosse iliaque gauche; en même temps les mictions devinrent difficiles; puis la tumeur s'éleva dans l'abdomen, en même temps qu'elle augmentait de volume et la gêne de la miction disparut. Vers le mois d'août, la tumeur étant devenue le siège de douleurs presque continuelles, elle vint à Paris et se fit admettre dans le service de M. Gosselin. Le 4 septembre, M. Berger retirait par la ponction 2 litres et demi d'un liquide jaune et trouble. Quinze jours après, le ventre recommençait à grossir.

25 octobre. Tumeur du volume d'une tête de fœtus, fluctuante, élastique, mobile, mate, occupant la région hypogastrique, la moitié inférieure de la région ombilicale et la moitié interne des fosses iliaques, s'étendant un peu plus à

gauche qu'à droite. Au toucher, l'utérus est un peu haut, mobile, l'orifice du col admet la pulpe du doigt. Le flot de la tumeur se transmet dans le vagin en avant et sur la partie latérale gauche de la tumeur. La mesure de la circonférence ombilicale est 79 centimètres, de l'ombilic au pubis 17,5; à l'appendice xiphoïde 13 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite 16 centimètres; à l'épine antéro-supérieure gauche 17 centimètres. Pas de fièvre. Etat général, bon.

6 novembre. Ovariectomie, par M. Berger. L'opération est simple; le kyste ne présente que quelques adhérences épiploïques. Le liquide contenu était trouble, un peu jaunâtre, floconneux; il a malheureusement été jeté et n'a pu être examiné. Le kyste est uniloculaire, offre un pédicule très large formé par la trompe, les vaisseaux et un tissu assez résistant, constituant la paroi même du kyste sur laquelle a porté la section. Entre la trompe et le kyste on trouve dans l'épaisseur de l'aïeron, entre les deux feuillets péritonéaux, un petit kyste du volume d'un pois, transparent, à contenu citrin. La paroi du kyste est assez épaisse; sa face externe d'un gris un peu jaunâtre est sillonnée d'un certain nombre de veines; elle est un peu inégale et ces inégalités sont recouvertes par une tunique d'apparence séreuse. La face interne est rouge, un peu ecchymotique par places. On y trouve un certain nombre de poils roux, un peu frisés, en touffes, non adhérentes aux parois du kyste. En un point, sur un espace rectangulaire d'environ 1 centimètre de large sur 2 de long, l'aspect rouge et tomenteux de la face interne est remplacé par une surface lisse, grisâtre, correspondant à un épaississement de la paroi. L'examen histologique a été fait par notre très cher ami et collègue Achard. La paroi du kyste comprend 3 couches; la plus externe est formée de faisceaux conjonctifs serrés et régulièrement parallèles, entremêlés de fibres élastiques abondantes. La couche moyenne est formée de faisceaux conjonctifs plus lâches et de quelques cellules plates; des vaisseaux assez volumineux la traversent. La couche interne est constituée par des éléments embryonnaires plongés dans une matière amorphe assez abondante en certains points. Elle renferme en outre des vaisseaux de petit calibre. Son aspect rappelle assez, en bien des points, la structure des bourgeons charnus. La surface interne de cette couche est revêtue d'une rangée de cellules épithéliales cylindriques, passant par places à la forme cubique et desquamées en un grand nombre de points. L'épaisseur des deux couches les plus internes est sujette à

de grandes variations. Au point où l'épaisseur des parois du kyste est le plus considérable et où l'on a une plaque lisse, grisâtre, on trouve sur des coupes, dans la couche moyenne près de la couche externe, des tubes glandulaires intriqués dans toutes les directions et sur les parois desquels se voient quelques débris d'un revêtement épithélial cubique. Dans l'intervalle de ces conduits, on voit des masses irrégulièrement arrondies d'une substance dont l'aspect rappelle celui de la matière sébacée et qui est dissoute par l'éther; une matière semblable remplit quelques-uns des tubes glandulaires. Les coupes de cette portion du kyste montrent en outre la section de quelques poils.

Les suites de l'opération ont été extrêmement simples et la malade est sortie guérie le 4 décembre 1883.

RÉFLEXIONS. Cette observation nous a semblé assez intéressante à cause de la longue période écoulée, 16 ans, entre une première ponction suivie d'injection iodée et la récidive d'une production kystique. S'agit-il du même kyste? Au premier abord on est porté à rejeter cette hypothèse vu les opinions courantes sur le contenu des kystes; les liquides clairs ne sont pas le fait des kystes dermoïdes. Mais celui de notre malade était-il cristal de roche, comme on le lui fait dire, nous n'en savons rien. Du reste, en réalité, on trouve les plus grandes variétés dans les kystes dermoïdes. Pendant que nous étions chez notre excellent maître, M. Millard, nous avons pu observer une malade porteuse d'un kyste dermoïde et dont le liquide était à peine louche. Il s'agissait d'une femme âgée de 51 ans, dont le ventre avait commencé à grossir 6 mois auparavant et qui portait un kyste uniloculaire volumineux, remplissant et même distendant l'abdomen; la ponction ramena un liquide à peine louche, rappelant un peu l'eau albumineuse, non visqueux et vers la fin de l'écoulement une touffe de poils. On peut donc observer des kystes très volumineux, à contenu presque transparent, qui sont cependant dermoïdes. Nous ne voulons toutefois pas conclure que chez notre malade actuelle, il s'agit du même kyste récidivé à 16 ans de distance. Nous préférons de beaucoup admettre le développement de kystes successifs, d'autant que la présence d'un petit kyste isolé, entre la trompe et le kyste principal contenu comme le kyste principal entre deux feuilletts péritonéaux, nous prouve qu'il y avait chez

cette malade une tendance à la genèse de productions kystiques dans le ligament large.

3. Fibromyome de l'ovaire.—Ascite, ovariectomie, guérison ;
par M. H. HARTMANN, interne des hôpitaux.

P....., 43 ans, caissière, entre le 11 novembre 1883 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 24 (service de M. TERRIER.) pour une tumeur du ventre.

Père mort d'une affection hépatique ; mère actuellement vivante, souvent malade, se plaignant fréquemment de douleurs abdominales, sans que cependant son état ait jamais rien présenté de grave. Plusieurs sœurs mortes très jeunes ; pas d'autres renseignements. Notre malade a été réglée à 11 ans, sans accident. Depuis cette époque règles régulières mais peu abondantes. Mariée à 15 ans, 3 fausses couches ; la première à 15 ans et demi de 2 mois et demi ; la deuxième à 17 ans, la troisième à 19 ans, toutes deux aussi de 2 mois et demi. En 1856, à la suite d'une frayeur, attaques d'hystérie, se renouvelant tous les deux jours et ayant duré jusqu'en 1867. En 1864, à la Havane, contracte la fièvre jaune. A peu près à la même époque elle fut traitée pour une déviation utérine. En 1875 elle commença à ressentir de la gêne et de la pesanteur dans le bas-ventre en même temps que des douleurs plus sourdes du côté de la région lombaire. En même temps elle constata l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon indolente et siégeant sur la partie latérale gauche du bas-ventre, immobile. En 1878, il y eut une poussée de péritonite (météorisme, douleurs, vomissements bilieux). Au bout de huit jours tout était calmé. En juin 1881 le ventre commença à grossir ; en même temps survinrent dans le côté gauche des douleurs assez vives ; quelques troubles de la miction à cette époque. Le 1^{er} décembre 1882 le volume du ventre était devenu considérable et un médecin consulté (M. Thévenot) faisait une ponction et retirait 12 litres d'un liquide citrin, pas filant, pas visqueux. M. Terrier voit la malade le 16 décembre 1882, porte le diagnostic : kyste multiloculaire des ovaires et conseille l'opération. Le 1^{er} mai 1883, 2^e ponction, 12 litres de liquide ; le 15 juin 3^e ponction, 20 litres de liquide. A cette époque, la malade constata que les jambes et les pieds enflaient ; les urines examinées laissaient un dépôt rougeâtre et contenaient de l'albumine (?). En septembre, trois ponctions furent faites, et chaque fois l'on retira 20 litres de liquide. Les règles, qui jusque-là s'étaient montrées d'une façon à peu près régulières, ces-

sèrent tout à fait. En octobre, 6^e ponction, 20 litres de liquide. La malade se décide quelque temps après à entrer dans le service de M. Terrier.

13 novembre, 7^e ponction, 25 litres de liquide. Le soir frisson avec claquement de dents, fièvre assez violente, toux. Tous ces phénomènes se calment pendant la nuit, à la suite d'une piqûre de morphine.

25 novembre, 8^e ponction, 20 litres de liquide. M. Terrier pense à des tumeurs périutérines, l'utérus lui paraissait lui-même volumineux et mobile. L'examen des urines est fait au commencement de décembre, leur quantité s'élève à 800 grammes par 24 heures; elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

9 décembre. Ventre très développé, un peu aplati, évasé latéralement, un peu saillant cependant dans la région sous-ombilicale. Œdème des parois abdominales. Réseau veineux assez développé. Omphalique déplié. Presque tout le ventre est mat; on ne trouve de sonorité que dans une petite zone concave en haut, au niveau de la région épigastrique et de la partie interne des hypochondres, sensation de flot dans toute l'étendue du ventre. La circonférence ombilicale a pour mesure 1^m12, de l'ombilic à l'appendice xiphoïde 24^{cm},5, de l'ombilic au pubis 27^{cm},5; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite 32^{cm}; à l'épine iliaque antéro-supérieure 32^{cm},5. Au toucher vaginal le col occupe sa situation normale et peu mobile. Œdème des membres inférieurs. Dyspnée lorsque la malade reste couchée; quelques râles sous-crépitaux aux deux bases. Rien au cœur.

La face est pâle, les traits un peu tirés, la malade amaigrie.

11 décembre. L'ovariotomie est pratiquée par M. Terrier; 15 litres de liquide ascitique sont évacués par l'incision. Au lieu et place de l'ovaire gauche absent on trouve une tumeur offrant à peu près le volume d'un gros rein. L'épiploon enroulé en corde s'attache à cette tumeur; on le sectionne entre 2 ligatures. On sectionne de même un pédicule du côté du ligament large. Enfin la tumeur adhère à la partie antérieure du côté de la vessie sur une assez large étendue. On pédiculise cette portion, on lie et on sectionne. La tumeur est alors enlevée. Une sonde introduite dans la vessie arrive jusqu'à la ligature portée sur le pédicule antérieur et montre qu'elle a étreint une portion de la vessie. Suture de la paroi. Pansement de Lister.

La tumeur enlevée pèse 275 grammes. Elle offre à peu près la forme et le volume d'un gros rein. A une de ses

extrémités. près du bord concave là où se trouvaient le plus d'adhérences on voit s'implanter l'épiploon, enroulé, comme une corde, rappelant un peu comme forme extérieure et comme volume le cordon ombilical. Un des bords est convexe, l'autre presque rectiligne présente la surface des sections diverses faites pour séparer la tumeur de ses adhérences. La surface de la tumeur est un peu lobulée, on y voit de nombreux tractus fibreux qui circonscrivent même par places des aéroles assez superficielles. Ces tractus fibreux font partie d'une sorte de capsule qui enveloppe la tumeur. Cette capsule assez adhérente peut cependant être détachée sous forme d'une lame mince, presque celluleuse et transparente, parcourue par ces travées fibreuses qui font saillie à sa face externe et y déterminent des reliefs circonscrivant les aéroles signalées. Sur une des faces de la tumeur, on voit sous la capsule de nombreux extravasats sanguins, les uns rougeâtres, les autres noirs, ecchymotiques sur une coupe, le tissu de la tumeur offre un aspect général sarcomateux, une surface très inégalement mamelonnée; quelques tractus fibreux se voient encore, se distinguant par leur teinte un peu grisâtre de la coloration générale chair de saumon de la tumeur. Celle-ci est facilement séparable en deux lobes; au centre du plus grand se voit une masse, comme contenue dans une cavité, polyédrique, d'un blanc porcelainique, un peu teintée de jaune par place, facilement séparable avec l'ongle du reste de la tumeur. La tumeur laisse exsuder un liquide transparent, incolore, à la surface de la coupe. L'examen histologique, fait par M. Malassez, a montré qu'il s'agissait d'un fibro-myome.

La malade se remit rapidement de l'opération; mais le 11^e jour la température commença à s'élever à 38°, 38°,5 et même le 18^e jour à 39°. En même temps on constatait de la douleur à la pression au niveau de l'hypogastre et une plaque d'induration à la partie inférieure de la cicatrice. Un peu de polyurie; 1800, 2000, 2600 grammes. Mais ces phénomènes s'amendèrent au bout de peu de temps; et dans les premiers jours de janvier la malade quittait l'hôpital complètement guérie.

RÉFLEXIONS. Les fibromes de l'ovaire sont extrêmement rares. Spencer Wells dit n'en avoir observé que peu d'exemples ¹. La présence de fibres musculaires dans une

(1) *Ovarian and uterine diseases*. London 1832, p. 47.

de ces tumeurs a même été donnée comme une raison de mettre en doute son origine ovarique et de l'attribuer au contraire à l'utérus (Bristowe, Hutchinson) ¹. Il est en effet difficile de distinguer un fibro-myome ovarien d'une tumeur développée aux dépens du fond de l'utérus et pédiculée ; dans un cas, Spencer Wells ne reconnut ce qu'il avait fait, qu'en trouvant les deux ovaires sains et en place ; jusqu'à ce moment il avait cru avoir enlevé une tumeur ovarique ². Dans notre cas, on a pendant l'opération cherché l'ovaire du côté gauche, mais on n'a pu en trouver trace ; on est donc fondé à admettre la réalité du diagnostic inscrit en tête de cette observation, fibro-myome de l'ovaire.

4. M. P. LEGENDRE montre le foie d'une femme de 60 ans, atteinte pendant la vie d'*ictère chronique*. Le foie, qui renferme deux *kystes hydatiques*, est parsemé de noyaux cancéreux. De semblables masses néoplasiques se rencontrent à la surface du péritoine, et surtout dans l'épaisseur du grand épiploon. Le noyau primitif paraît s'être développé dans la tête du pancréas.

5. M. CORNIL fait voir des *préparations histologiques* dans lesquelles on peut étudier les lésions initiales du phlegmon, et en particulier la situation des microbes dans les éléments de l'hypoderme.

Au début, les micro-organismes constitués par des microbes ou des chaînettes articulées siègent dans l'interstice des faisceaux conjonctifs. C'est le premier degré.

Sur d'autres points, il s'est fait une réaction inflammatoire plus ou moins intense, caractérisée par l'écartement des mailles du tissu cellulaire et l'apparition, dans leur cavité, d'éléments migrants. Tout d'abord les éléments cellulaires sont augmentés de volume, et dans leur intérieur on rencontre les mêmes microbes représentés encore ici par des microbes ou des chaînettes plus ou moins allongées. Quelques cellules lymphatiques sont gorgées de semblables organismes.

Les noyaux augmentent de volume, se segmentent, prolifèrent. Certaines cellules sont détruites, et l'on rencontre

(1) *Dict. encyclopéd.* Ferrand, art. *Ovaire*. 2^e série. t. XIX, p. 7.
2 Spencer Wells, *loc. cit.*

dans les espaces conjonctifs des noyaux libres, des débris de cellules, des microorganismes et des éléments migrants plus ou moins chargés de microbes. C'est le second degré. Plus tard encore il se fait une véritable nécrose des faisceaux conjonctifs.

Les micrococci et les bactéries se rencontrent aussi dans l'intérieur des vaisseaux, dans les mailles fibrineuses, au milieu des globules sanguins.

En résumé il y a deux périodes principales dans la production du phlegmon : Dans la première, les microbes arrivent et se disséminent dans les espaces conjonctifs ; dans la seconde, l'inflammation apparaît caractérisée par la prolifération et la destruction des cellules conjonctives et l'apparition d'éléments migrants remplis de microorganismes.

Parfois la porte d'entrée des germes morbides est évidente : il y a une plaie, une solution de continuité quelconque de la peau ; d'autres fois il y a eu simple contusion. Il est alors assez difficile d'expliquer l'origine et la pénétration des microbes : c'est là un problème particulièrement délicat.

6. M. REYNIER présente un cas de *grossesse extra-utérine* chez une lapine.

7. Fibro-myxome de la bourse séreuse ischiatique (1) ; par **M. TUFFIER**, interne des hôpitaux.

C'est un homme grand et robuste qui vient se faire soigner d'une tumeur de la fesse. Nous ne trouvons rien de remarquable dans ses antécédents. Son père a succombé à 50 ans à une tumeur de la jambe. Lui-même n'est ni syphilitique, ni alcoolique ; vers l'âge de 10 ans il a eu des accès de fièvre paludéenne à type tierce, accès qui ont cédé au sulfate de quinine. L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a trois mois.

Elle se manifeste au début par des douleurs siégeant à la pointe de la fesse, douleurs lancinantes s'irradiant le long de la cuisse à sa partie postérieure. Ces phénomènes douloureux ont acquis dans ces derniers temps une violence extrême. Tout d'abord ils ne se manifestaient qu'après la marche ; maintenant elles surviennent aussi bien au

(1) Observation présentée en décembre 1883.

repos que pendant les mouvements. Elles ne durent que quelques secondes, mais elles se répètent à chaque instant.

Ces douleurs sont devenues assez vives pour provoquer une claudication très manifeste, claudication qui ressemble absolument à celle de la sciatique.

Dès le début de ces accidents, le malade s'aperçut que la fesse était le siège d'une petite grosseur qui roulait sous le doigt, grosseur qui n'a fait que s'accroître, et c'est pourquoi il entre aujourd'hui à l'hôpital.

Nous constatons alors une légère atrophie de tout le membre correspondant (membre droit), atrophie qui porte sur tous les éléments, et ne s'accompagne d'aucune déformation spéciale. La fesse ne présente ni saillie, ni changement de coloration. Au palper on sent très nettement une tumeur du volume d'une noix, siégeant juste en dehors de la tubérosité sciatique. Cette tumeur est dure, lisse, arrondie, mobile dans le sens transversal, immobile de haut en bas ou réciproquement.

La pression réveille une douleur qui irradie dans toute la jambe et la cuisse. Par la contraction des fessiers, la tumeur devient immobile, elle est donc sous-musculaire. — La recherche des points douloureux de la sciatique fait reconnaître que *tous ses points d'élection sont douloureux*.

La sensibilité du membre inférieur est partout intacte; il en est de même de la motilité. — La marche est difficile; le membre est plus faible et douloureux.

En présence de ces accidents, M. le professeur Verneuil porte le diagnostic : fibrome de la bourse séreuse du grand trochanter, et, probablement, fibrome en contact avec les nerfs de cette séreuse.

Le 10 novembre. M. Verneuil pratique l'extirpation. — Tumeur de 5 centimètres, parallèle au sciatique, section du bord inférieur du grand fessier. On tombe sur une tumeur adhérente à la bourse séreuse ischiatique. — Extirpation complète. — Pansement antiseptique ouvert.

Guérison en 15 jours. — Apyrexie complète. — Disparition des douleurs sciatiques. — L'examen de la tumeur fait constater un *fibro-myxome*.

8. Sarcome du creux poplité siégeant dans le nerf sciatique.
— Résection du nerf (1); par M. TUFFIER, interne des hôpitaux.

Am..., Ernest, âgé de 24 ans, tonnelier, entré le 21 juillet 1883, salle Michon, n° 48, à la Pitié (service de M. VERNEUIL.)

C'est un jeune homme de haute taille, robuste et bien constitué, qui vient se faire soigner d'une tumeur du creux poplité. Nous ne trouvons, dans ses antécédents, aucun fait digne de remarque. De temps en temps, il a eu quelques migraines, mais ne présente aucun autre accident d'arthritisme et, dans sa famille, nous ne trouvons pas traces de néoplasme.

Le 7 novembre 1879, il y a quatre ans, il ressentit, en faisant un effort, une douleur dans le jarret.

Cette douleur persista pendant quelques jours sans empêcher la marche. On appliqua plusieurs vésicatoires, mais on n'aurait trouvé à cette époque aucune tuméfaction dans le creux poplité. L'endolorissement disparut quelques semaines après. C'est seulement au bout de quinze mois que ces douleurs devinrent assez vives; le malade retourna voir un médecin. On trouva une tumeur du volume d'une petite noix, bien mobile, dans le creux poplité, tumeur indolente sans lésions de voisinage.

On appliqua de nouveaux vésicatoires, et les douleurs qui, jusqu'alors, affectaient la forme névralgique, disparurent et notre homme reprit son travail. De temps en temps, le creux du jarret était un peu sensible, le soir surtout, après une longue marche.

Sur ces entrefaites, le malade se cassa la jambe et, en moins de trois mois, la tumeur tripla de volume. Cependant, les signes fonctionnels étaient toujours très peu marqués. C'est surtout à cause de l'accroissement progressif de la tumeur que le malade entra à l'hôpital.

Nous constatons dans la région du creux poplité droit une tuméfaction qui soulève la peau du jarret et présente le volume d'une grosse orange. Cette tumeur est arrondie, lisse, mobile sur les parties profondes et sous la peau. Toutefois, cette mobilité est peu marquée dans le sens longitudinal. En faisant tendre les muscles extenseurs de la jambe, la tumeur est fixée. Les vaisseaux battent normalement. Les ganglions de l'aîne ne sont point engorgés.

(1) Observation présentée à la Société en août 1883.

Les symptômes fonctionnels sont peu marqués. Il n'y a aucune douleur à la pression, pas de douleurs irradiées dans la jambe ou dans la cuisse. Tous les muscles se contractent avec une égale facilité. La sensibilité est intacte. La jambe n'a pas diminué de volume; l'état général est excellent. M. Verneuil pense à un fibrome du creux poplité et conclut à une extirpation nécessaire.

27 juillet. L'opération est pratiquée. Incision parallèle au grand axe du creux poplité. On tombe sur une tumeur englobant les deux nerfs sciatiques; au niveau de leur bifurcation on essaye de sculpter les nerfs, mais on ne peut y parvenir. On résèque les deux nerfs en haut et en bas. La sensibilité est abolie dans toute l'étendue des deux sciatiques; elle ne persiste que dans la région du saphène interne. Pansement ouaté. Apyrexie, sauf pendant les deux premiers jours. Réunion secondaire obtenue en trois semaines.

Le 27 septembre, le malade part à Vincennes. Paralyse et anesthésie dans toute la région du sciatique. Pas de troubles trophiques.

Examen histologique, par M. BABINSKI, interne des hôpitaux. — La tumeur, ainsi que les deux troncs nerveux qui partaient de ses deux extrémités, ont été fixés par le liquide de Müller. — Un examen à l'œil nu a permis de voir que les filets nerveux entouraient le néoplasme et que celui-ci occupait la partie centrale du nerf. — Les deux portions du nerf, celle qui arrivait à l'extrémité supérieure de la tumeur et celle qui partait de son extrémité inférieure, ont été examinées sur des coupes transversales et sur des dissociations (coloration au picrocarmin). Les tubes nerveux ont été trouvés partout absolument normaux; aucun d'entre eux n'était en voie de dégénération. — Le durcissement de la tumeur a été ensuite complété par la gomme et l'alcool. Les coupes ont été colorées par le picrocarmin et mouillées dans la glycérine. L'examen histologique confirme l'examen macroscopique au point de vue du siège des fibres nerveuses; toutes les fibres sont situées à la périphérie de la masse; on n'en trouve pas au centre. Le néoplasme est essentiellement constitué par des cellules rondes, régulières de $10\ \mu$ à $20\ \mu$ de diamètre, avec un ou plusieurs noyaux et se touchant les unes les autres; ces cellules sont logées dans un stroma conjonctif, qui dérive vraisemblablement du tissu conjonctif interfasciculaire du nerf, à mailles très larges et sans aucune analogie avec un stroma carcinomateux. Les vaisseaux sanguins qui parcourent le néoplasme sont volumineux, remplis de sang,

et les parois de la plupart d'entre eux sont constitués par des cellules embryonnaires. On a affaire à un *sarcome encéphaloïde*, développé au centre du nerf et n'ayant pas altéré les tubes nerveux.

9. Tumeur veineuse du creux poplité (1); par M. TUFFIER, interne des hôpitaux.

Le nommé Diachs, Auguste, âgé de 31 ans, journalier, entre le 30 novembre 1883, salle Michon, n° 12.

C'est un jeune homme grand et fort, qui entre pour se faire soigner d'une affection du genou. Nous ne trouvons dans ses antécédents qu'une affection du foie contractée en Egypte et terminée par abcès. Après trois mois, on retrouve encore sur la paroi abdominale la trace de cet abcès. Pas de paludisme, pas de syphilis, pas de rhumatisme. Il y a six semaines le malade tombe de sa hauteur sur le genou. Gonflement de la région, difficulté de la marche, qui, s'étant accrue peu à peu, nécessite le repos au lit d'une semaine. Depuis vingt jours, le malade a gardé le lit et a appliqué des révulsifs : vésicatoires et pointes de feu. Ce traitement n'ayant amené aucune amélioration et la marche étant toujours impossible, le malade entre à l'hôpital.

Nous constatons alors un gonflement du genou avec fluctuation très nette (il s'agit donc d'une hydarthrose). En examinant le creux poplité, on y trouve une douleur localisée sur le bord externe du jumeau interne, sans qu'il y ait de gonflement ni de déformation. A la palpation, on trouve une tumeur occupant le bord externe du jumeau interne. La tumeur est dure, lisse, mal délimitée; elle a une forme allongée parallèlement au jumeau, se perd en haut dans le creux poplité et vient se terminer, après un trajet de 5 ou 6 cent. dans l'épaisseur du jumeau interne, où elle est perdue au milieu de la masse musculaire; le volume et la direction égalant le petit doigt placé dans la région. En faisant contracter les muscles jumeaux, on immobilise la tumeur; elle siège donc au-dessous de l'aponévrose.

Les troubles fonctionnels sont très accentués; le malade ne peut étendre complètement la jambe à cause de la tumeur, dont elle est le siège; il ne peut également poser le pied à terre sans souffrir de cette tuméfaction.

M. Verneuil n'a jamais rencontré de tumeur ayant ces caractères et hésite sur sa nature; mais les troubles fonctionnels étant accentués, un premier bandage compressif

(1) Observation présentée en décembre 1883.

n'ayant amené aucun résultat, le professeur juge l'extirpation nécessaire. L'opération est faite le 8 décembre; une incision est pratiquée parallèlement à la tumeur: on incise la peau et l'aponévrose superficielle; on tombe sur l'aponévrose du jumeau interne, ou incise et on trouve immédiatement au-dessus une tumeur bombée, irrégulière et adhérente aux fibres musculaires; on la dissèque et on l'extirpe. Grâce à la bande d'Esmarch, on voit nettement le rapport de cette tumeur avec les veines. On ne perd pas de sang. — Réunion par première intention, drainage, pansement de Lister. Au 15^e jour, la plaie est complètement cicatrisée, le malade ne souffre plus, les mouvements d'extension se font facilement, et au 20^e jour, le malade peut se lever et poser le pied à terre.

La dissection de la pièce montre l'agglomération de deux veines bosselées, variqueuses, présentant des sortes de diverticules; leurs parois sont très épaisses, leur lumière presque comblée. Elles adhèrent complètement au tissu périphérique. En bas, la queue de la tumeur se continue avec une veine; en haut, elle se termine par deux ou trois branches veineuses. Sur la partie latérale de cette tumeur, on trouve un filament blanchâtre, qui est un nerf adhérent à la tunique externe des veines. — Nous avons examiné au microscope les coupes de cette tumeur avec notre collègue, M. Sappelier.

10. Caverne tuberculeuse considérable restée latente; par M. LEBRETON, interne des hôpitaux (1).

Il s'agit d'un homme de 28 ans qui aurait présenté il y a trois ans comme seul symptôme une hémoptysie peu abondante (un petit verre environ). Depuis ce moment jusqu'au 6 décembre il n'a rien présenté de particulier. Il est gras, ne crache pas, ne tousse pas, a eu en somme une excellente santé.

Il y a deux jours à 9 heures du soir il est pris tout à coup de points de côté violents à gauche, de dyspnée intense, il entre à l'hôpital le 8 décembre. Le 9 au matin on constate que cette dyspnée a encore augmenté, le facies est asphyxique, les mains froides. A l'auscultation on constate les signes suivants: à droite, râles humides fins dans toute la hauteur; à gauche, en bas, râles humides, en haut souffle amphorique dans toute la fosse sus épineuse, pas de râles en ce point: pas de tintement métallique, pas de

(1) Observation présentée en décembre 1883.

bruit d'airain. On pense à un pneumotorax limité. Le 10 décembre le malade a du subdelirium, veut se lever et meurt subitement.

AUTOPSIE : Infiltration de granulations grises dans les deux poumons. Au sommet gauche caverne ancienne avec des tractus fibreux et des vaisseaux isolés traversant la cavité, comme on en observe dans les vieilles excavations tuberculeuses. Cette caverne contient 300 grammes d'eau. L'insufflation, l'injection dans la caverne ne font pénétrer ni air, ni liquide. Les bronches du sommet du poumon suivies avec soin n'y pénètrent pas. Il semble donc bien s'agir là d'une ancienne caverne dont la communication avec la bronche s'est trouvée interrompue et qui a pu rester ainsi à l'état latent pendant plusieurs mois.

Séance du 11 janvier 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

Dans cette séance, la Société anatomique a constitué son bureau ainsi qu'il suit :

Elections.

Président : M. CORNIL ;

Vice-présidents : MM. BALZER et QUÉNU ;

Trésorier : M. JOSIAS ;

Archiviste : M. MARIE ;

Secrétaires : MM. A. MATHIEU et CHARRIN ;

Comité. — Membres titulaires : MM. BALLET, TALAMON et BRAULT ;

Membres adjoints : MM. MARCHANT, CHANTEMESSE et DÉRIGNAC.

M. CORNIL donne lecture de notices biographiques sur Cazalis et Parrot, membres de la Société, décédés en 1883.

Notices biographiques sur Cazalis et Parrot ; par M. le professeur CORNIL.

Eugène CAZALIS, né le 15 juin 1808, interne en 1830, a appartenu, dès la seconde année de son internat, à la Société anatomique comme membre adjoint en 1831, trésorier de 1835 à 1839, membre du comité de 1835 à 1840, titulaire en 1838, membre honoraire en 1847.

Il fut nommé au bureau central des hôpitaux en 1847, médecin des hôpitaux en 1851. Il est resté pendant une dizaine d'années, comme médecin de la Salpêtrière, dans ce service où il avait été précédé par Cruveilhier, et où M. Charcot lui a succédé en 1862. De la Salpêtrière, Cazalis passait à la Maison de Santé, où il est resté jusqu'en 1873, époque où il atteignait la limite d'âge comme médecin des hôpitaux.

Pendant la période où Cazalis était médecin de la Salpêtrière, il a pu exploiter quelques filons de cette mine, inépuisable au point de vue de l'anatomie pathologique, des faits que présentent les maladies des vieillards. Cazalis n'y a pas manqué, et c'est assurément l'un des médecins des hôpitaux qui ont le plus pratiqué d'autopsies et recherché le plus activement les rapports des symptômes observés avec les lésions anatomiques. Il était de plus très instruit, non de la science actuelle, ni de celle qui s'élaborait et se perfectionnait à côté de lui, mais de la littérature ancienne et de celle du commencement du siècle. Les savants d'il y a trente ou quarante ans lisaient assidument les œuvres médicales du siècle dernier et les travaux de Sydenham, Baglivi, Boerhave, Haller, Van Swieten, Stahl, etc., étaient le fondement d'une bibliothèque médicale; le Morgagni, édité par les professeurs Chaussier et Adelon, qui est de 1820, était tout entier en latin, ainsi que les notes et commentaires. Les livres que, même de mon temps, on donnait aux lauréats des concours des hôpitaux, étaient souvent des œuvres de Haller ou de Van Swieten. Les temps sont bien changés, et le latin a cessé d'être la langue universelle. Les traductions en français des ouvrages de médecine sont de date relativement récente, et Cazalis n'en avait nul besoin. Alliant à la connaissance étendue de la médecine traditionnelle celle de l'anatomie pathologique macroscopique, qu'il devait surtout à la pratique des autopsies, s'étant formé par l'étude et la pratique des idées propres, absolument personnelles, Cazalis était en réalité

une personnalité médicale; ses internes ne juraient que par lui.

Il faisait lui-même les autopsies de son service, et je puis dire qu'il y apportait une véritable passion et des procédés tout à fait originaux, car je l'ai vu à l'œuvre un jour. Lemarchand, son interne en 1862, m'avait fait venir un jour à la Salpêtrière pour assister à une autopsie. Cazalis fit l'ouverture du cadavre par une section suivant les côtes, près de leur insertion à la colonne vertébrale; il examina successivement tous les organes, puis il ouvrit le canal médullaire et enleva une partie de la moelle, après avoir coupé avec son couteau tous les corps des vertèbres. Ce procédé d'ouverture du canal rachidien par sa partie antérieure et cette section des corps vertébraux à l'aide d'un couteau à amputation ne fut pas sans m'étonner beaucoup; mais il faut ajouter qu'il s'agissait d'une femme très âgée, atteinte d'ostéomalacie sénile.

Il a laissé peu de travaux; des communications à notre Société sur des observations avec pièces anatomiques pendant les années 1831, 1832, 1833, 1834, 1836 et 1837, sa thèse de doctorat sur trois observations de maladies de l'enfance, un mémoire sur les fonctions du nerf glosso-pharyngien, inséré dans les *Archives de médecine*, voilà tout. Il a inspiré et fait faire à ses élèves des travaux sur des points d'anatomie pathologique, l'athérome, les lésions vasculaires dans le ramollissement et l'hémorrhagie du cerveau. Il était resté tout à fait étranger à l'histologie pathologique. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il était avant tout anatomo-pathologiste, et à ce titre, il est des nôtres.

Nous avons eu la douleur de perdre, le 5 août dernier, Jules PARROT, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie, ancien président de la Société d'anthropologie et ancien vice-président de notre Société. Parrot a voulu être enterré dans sa ville natale, à Excideuil, et nous n'avons pas pu être représentés à ses obsèques. Il a laissé dans le cœur de tous ceux qui ont pu apprécier le charme de son esprit et de ses relations un souvenir qui ne s'effacera jamais.

Né en novembre 1829, interne des hôpitaux en 1852, agrégé de la Faculté en 1860, médecin du bureau central en 1862, Parrot avait été nommé professeur de l'histoire de la médecine en 1876, à la mort de Lorain, puis professeur de clinique des maladies de l'enfance en 1878. Ses nombreux travaux, joints aux fatigues de l'enseignement et de la pratique, ont trahi ses forces. Depuis son concours

d'agrégation, Parrot avait été atteint de troubles graves du côté de la poitrine, et il avait dû passer deux hivers en Algérie. Sa santé avait toujours laissé à désirer depuis cette époque. Et cependant, combien de publications touchant la médecine clinique et en particulier la pathologie infantile, l'anatomie pathologique, l'anthropologie, sont sorties de sa plume ! Il était excellemment doué. Sa parole était élégante et facile ; il exposait un sujet avec un grande lucidité : ses recherches cliniques et anatomiques témoignent d'un esprit d'observation fin, ingénieux et perspicace, ne laissant échapper aucun détail.

Ses recherches cliniques sur le mode de production du râle crépitant (thèse inaugurale, 1856), sur les relations du zona avec les nerfs superficiels (*Union médicale*, 1856), sur la sueur de sang (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1859), sa thèse d'agrégation sur la mort apparente, ses études sur le bruit de souffle cardiaque symptomatique de l'asystolie (*Archives générales de médecine*, avril et mai 1865), son étude clinique sur le siège et le mécanisme des bruits cardiaques dits anémiques (*Archives générales de médecine*, août 1866), sur le mécanisme des murmures vasculaires inorganiques de la région du cou (*Archives gén. de méd.*, t. I, p. 649) ont toutes une valeur incontestable, originale, et beaucoup sont entrées d'ores et déjà dans le domaine de l'enseignement classique.

Dans l'observation des malades, dans l'appréciation des bruits d'auscultation difficiles à percevoir et à interpréter, Parrot apportait un soin méticuleux des sens exercés et d'une grande délicatesse, un tempérament d'artiste. Il en était de même dans ses travaux d'anatomie pathologique, que nous devons avant tout retenir, et dont, pour la plupart, il a donné la primeur à la Société anatomique.

Pendant les dix dernières années de sa vie, Parrot s'était installé dans l'hospice des Enfants assistés et il y avait fait créer la clinique des maladies infantiles. Il y avait trouvé un matériel d'études considérable et il avait fait graviter toutes les maladies des enfants du premier âge autour des troubles digestifs qui les mènent au dépérissement graduel et à la mort. De là son œuvre principale, l'athrepsie, cause initiale et majeure de toutes les lésions observées dans ce milieu tout spécial de l'hospice des Enfants-Assistés.

Dans ce livre sur l'athrepsie, Parrot a donné une grande place à l'anatomie pathologique, en dehors de laquelle, dit-il, le problème clinique reste sans solution précise et sans preuve. Et il ajoute : « Morgagni disait que les né-

« crosies ne peuvent servir que si elles sont accompagnées de l'histoire détaillée de la maladie. Cette proposition si « vraie garde toute son importance lorsqu'on en transpose « les termes; et il est permis d'affirmer que la clinique n'a « de base solide que si elle s'appuie sur des notions étendues et exactes d'anatomie pathologique. Autrement, elle « est mouvante et conjecturale. » Aussi décrit-il avec tous ses détails, dans son livre sur l'athrepsie, les lésions de l'estomac et de l'intestin, le muguet stomacal, les altérations anatomiques variées de l'encéphale du crâne, de l'oreille, celles du poulmon et des reins.

Là se trouvent ses premières recherches ou la conclusion de nombreux mémoires originaux insérés dans les *Archives de physiologie*, dans la *Revue mensuelle de médecine*, ou de notes présentées à la Société des hôpitaux, à la Société anatomique, à la Société de biologie.

Sur la stéatose diffuse de l'encéphale chez le nouveau-né (*Archives de physiologie*, t. I, 1868). — *Sur la stéatose viscérale par inanition chez le nouveau-né* (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 10 août 1868). — *Sur l'otite de l'oreille moyenne chez le nouveau-né* (Société méd. de hóp., 1869). — *Du muguet gastrique et de quelques localisations de ce parasite* (*Arch. de phys.*, 1869). — *Sur un cas de tumeur strumeuse de l'encéphale* (*Arch. de physiol.*, 1870). — *Sur la stéatose viscérale que l'on observe à l'état physiologique chez certains animaux* (*Acad. des sciences*, 10 juillet 1871). — *Sur la stéatose viscérale dans l'intoxication phosphorée, en commun avec Dusart* (*Acad. des sciences*, 7 mars 1870). — *Note sur l'infarctus uratique des reins chez les nouveau-nés* (*Soc. des hóp.*, 24 nov. 1871). — *Sur le ramollissement de l'encéphale chez le nouveau-né* (*Archives de physiologie*, 1873). — *Sur deux cas de tubulhémie rénale chez les nouveau-nés* (*Arch. de physiol.*, t. V, p. 512).

Assurément, parmi ces mémoires il en est qui n'ont pas une valeur originale marquée; peut-être même trouverait-on certaines descriptions qui trahissent une éducation première incomplète en ce qui touche l'histologie. Mais quelle somme de travail, d'efforts et de vérités conquises! Comme conclusion pratique et humanitaire de ses travaux sur l'athrepsie, Parrot installait à l'hospice des Enfants-Assistés les nourriceries par le lait d'ânesse.

Enfin, l'attention de Parrot s'était concentrée sur le système osseux des enfants nouveau-nés portant des traces de syphilis. Il a pris en main cette question et l'a faite sienne; il a étudié avec une rare persévérance et dans une quantité

d'autopsies et d'examens les rapports de la syphilis des nouveau-nés et des enfants avec les troubles de la nutrition et du développement des os, les rapports de la syphilis et du rachitisme.

J'ai présenté à la mémoire, comme si j'y étais, la séance de la *Société anatomique* (1873), où Parrot apporta une série d'os d'enfants nouveau-nés qu'il regardait comme syphilitiques. Les lésions nous parurent, à Ranvier et à moi, ne différer en rien de celles du rachitisme, ce que nous fîmes immédiatement observer. D'une série de recherches et de publications sur ce sujet, Parrot en était arrivé à considérer le rachitisme infantile comme constamment lié à la syphilis. Il serait aujourd'hui, croyons-nous, prématuré de donner une solution aussi absolue à ce problème encore pendant.

L'œuvre de Parrot, dans la syphilis infantile n'en est pas moins grande, car il a posé la question de premier ordre et, de plus, il a décrit les *pseudo-paralysies syphilitiques* (*Arch. de physiologie*, 1872, p. 319) et les *ostéomes syphilitiques des os crâniens*. La collection des pièces osseuses relatives à la syphilis héréditaire, qu'il a préparée de ses mains, est des plus complètes et des plus riches.

Voici ses dernières publications sur ce sujet : *Coup d'œil sur la syphilis héréditaire* (*Revue de médecine*, t. I, 1877). — *Le rachitisme et la syphilis héréditaire* (Congrès international de Londres, 1881). — *Les perforations crâniennes spontanées du premier âge* (*Revue de médecine*, octobre 1879).

Telle est, Messieurs, cette existence scientifique si bien remplie et qui nous semble si courte. Telles sont les œuvres principales que Parrot nous a laissées et que nous trouverions encore meilleures si nous n'avions pas, en même temps, cette arrière-pensée que tant de labeur et surtout le milieu du laboratoire où il se plaisait n'aient hâté sa mort.

M. le professeur CORNIL, après avoir donné lecture de ces notices biographiques lit un discours pour la rentrée de la *Société anatomique*, prononcé en 1808 par LAENNEC. Dans ce discours inédit, l'illustre médecin disait quel est le but de la Société, quel doit être l'esprit de ses séances, avec une véritable élégance et une grande clarté de langage. En voici du reste les principaux passages :

« La Société anatomique fut fondée il y a quelques

années par une réunion de jeunes médecins ou d'étudiants qui, presque tous, avaient été ou étaient encore membres de l'école pratique. L'ambition de fonder une société savante, le vain désir d'appartenir à une réunion de cette nature, celui de se faire une réputation par des travaux académiques ne furent point les motifs de cette association. Ce ne fut même pas le désir, plus louable, de reculer les limites de la science, ou si les travaux de la Société peuvent avoir quelquefois ce résultat utile, elle n'en a point fait l'objet principal de son institution. L'amour de l'étude, le désir de s'instruire et de se perfectionner dans les sciences anatomiques, seule base solide des connaissances médicales, y présidèrent seuls. Le but principal de la Société fut donc l'instruction de ses membres. Une réunion formée sous de pareils auspices ne pouvait manquer d'avoir d'heureux résultats et, dès la première année de sa fondation, la Société anatomique offrit l'exemple rare d'une réunion d'hommes unis pour la plupart par les liens de l'amitié et d'une estime réciproque, travaillant à leur commune instruction, sans désir de briller, sans prétentions, et n'apportant à ses séances que du zèle et une noble émulation. »

Laënnec terminait ainsi son allocution :

« Il ne me reste plus qu'une seule chose à faire connaître à nos nouveaux confrères, c'est l'esprit qui a constamment animé la Société ; cet esprit exclut toute espèce d'appui et de prétentions. Nous nous plaisons à le répéter encore, cette réunion n'est point une société savante. On ne doit pas craindre de lui présenter des faits déjà connus, des observations ou des pièces qui n'offriraient que de l'utilité et de l'instruction, sans avoir rien de propre à piquer la curiosité. Les juges auxquels ces objets sont présentés sont des condisciples qui y trouveront une occasion d'apprendre un fait nouveau ou de mieux connaître ce qu'ils avaient déjà vu, ou des médecins qui, pour avoir devancé de quelques années leurs collègues dans la carrière des études, n'en croient pas devoir mépriser des faits exacts et utiles parce qu'ils les ont déjà vus et qu'ils attachent autant de prix à conserver par de fréquentes observations, les connaissances qu'ils possèdent, que d'autres peuvent en mettre à les acquérir. »

On ne pourrait mieux dire, et la Société, par la voix de Laënnec, fait un nouvel appel à tous ceux qui peuvent

avoir à présenter quelque fait intéressant, quelque pièce instructive. Depuis 1808, le champ de ses travaux s'est singulièrement agrandi et ses bulletins constituent un riche recueil, où abondent les observations cliniques et anato-mo-pathologiques. Les travaux originaux mêmes n'y sont pas rares. C'est une mine dans laquelle les travailleurs peuvent largement puiser. Le contrôle mutuel qui résulte de la présentation des pièces augmente encore la valeur de ces matériaux.

M. LETULLE communique une notice biographique sur G. Homolle, ancien secrétaire et membre titulaire de la Société.

M. JOSIAS, trésorier, fait son rapport sur la situation financière de la Société en 1883. La Société lui vote des félicitations et des remerciements.

11. Hémorrhagie cérébrale au cours de coqueluche chez un enfant tuberculeux ; par M. H. DAUCHEZ, interne des hôpitaux.

Le 7 novembre 1883, un enfant de (?) ans, J. N., atteint de coqueluche depuis deux mois environ, est reçu à l'hôpital des enfants et couché au n° 55 de la salle Saint-Jean (service de M. Labric). Cet enfant, plus souffrant depuis huit jours, a depuis lors sensiblement décliné, il a perdu le sommeil, il tousse continuellement et est en proie à une violente dyspnée. Depuis trois jours, surtout, celle-ci s'est accusée davantage en même temps que la fièvre redoublait (le jour de l'entrée T. 40°). Enfin la diarrhée s'est déclarée et par sa persistance ajoute à la gravité de la situation. L'examen des poumons dénote effectivement des lésions fort étendues. La poitrine est envahie par des râles nombreux avec prédominance de râles fins, aux deux bases et de rhonchus sonores qui s'entendent à distance :

8 novembre. Depuis son entrée, aucune quinte de coqueluche n'a été notée, mais la dyspnée persiste : (44 respirat. à la minute). La pâleur est extrême et l'état général des plus graves.

9 novembre. Râles de plus en plus fins. (64 respirat.). L'enfant ne sort de son état de somnolence et de coma que pour tousser. Nous le trouvons couché sur le côté gauche, immobile, les traits contractés. Les mouvements des bras paraissent libres et l'enfant étend sans difficulté les mains en avant pour prendre un point d'appui en s'asseyant chaque fois qu'on le lui demande.

12 novembre. Le diagnostic de granulie, porté par M. Labric se confirme de plus en plus. Des râles fins, mêlés de souffle s'entendent à gauche. L'asphyxie se prononce de plus en plus : le soir l'enfant est absolument insensible à la piqûre.

13 novembre. La T. V. 40°,2. Enfin le 16 novembre, après plusieurs quintes assez violentes provoquées par l'auscultation, l'enfant, déjà moribond depuis 3 ou 4 jours, succombe sans convulsions.

AUTOPSIE. *Péritoine* : tuberculeux. — *Rate* : couverte de granulations tuberculeuses. — *Poumon* : farci de tubercules miliaires.

Cerveau : La surface corticale de l'hémisphère gauche est soulevée par un foyer hémorragique de couleur noirâtre et vineuse qui occupe la scissure de Rolando et les deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes dans l'épaisseur desquelles le sang s'est infiltré. Ce foyer, du volume d'un gros œuf de pigeon est entouré de toutes parts d'un réseau vasculaire artériel et veineux qui paraît avoir été le point de départ de l'hémorragie.

L'examen histologique de la pie-mère n'a pu être fait, cette membrane ayant séjourné assez longtemps dans l'alcool.

RÉFLEXIONS. A quelle cause doit-on rapporter l'hémorragie corticale reconnue à l'autopsie ? En l'absence de l'examen histologique de la pie-mère altérée par son séjour de l'alcool, il est à présumer que sous l'influence des fortes quintes de toux survenues avant la mort, les vaisseaux déjà très altérés en raison de la généralisation du tubercule, se sont très facilement rompus.

M. NETTER fait remarquer que les veines de la pie-mère sus-jacentes au foyer hémorragique sont turgescentes et qu'il pourrait bien y avoir eu une thrombose des sinus passée inaperçue.

12. Kyste hydatique du foie. — Megalosplénie consécutive par gelée circulatoire. — Compression du canal cholédoque. — Cirrhose et cholémie par rétention. Mort ; par H. DAUCHEZ, interne des hôpitaux.

Robaux, 14 ans, ayant toujours habité Asnières, près Paris, entré le 23 octobre 1883. Salle St-Jean, n° 40 (ser-

vice de M. Labric). Cet enfant est grand et d'apparence vigoureuse; il a été admis, une première fois en 1880, chez M. le Dr Labric, à l'Hôpital des Enfants; l'examen auquel il fut soumis fit reconnaître l'existence d'une volumineuse tumeur de la rate (mégalosplénie) dont le poids énorme gênait l'enfant pendant la marche. Bien qu'il n'ait jamais présenté jusqu'alors aucun accès de fièvre intermittente, le sulfate de quinine fut administré à titre d'essai, mais sans succès. — La rate était alors volumineuse, lisse, indolente, et l'état général excellent. Trois ans plus tard (à la fin d'octobre 1883), Robaux revient trouver M. Lebric, mais cette fois, indépendamment du volume de la rate, toujours aussi grosse qu'autrefois, il s'est déclaré un ictère très intense paru depuis quatre jours dans les conditions suivantes.

24 octobre. L'enfant qui, depuis la veille, se sentait fatigué, s'est plaint à ses parents d'une douleur assez vive dans le flanc droit : cinq jours après, en même temps que l'ictère, paraissait la diarrhée qui persiste encore actuellement. En découvrant l'enfant, on est frappé du ballonnement du ventre, dont la saillie uniforme masque la dépression normale du creux épigastrique.

30 octobre. État actuel. En même temps, on sentait par le palper, de chaque côté des muscles droits de l'abdomen un plan résistant formé dans l'hypocondre gauche par la rate et du côté opposé par le foie. En effet, dans le flanc droit, on trouve en déprimant la paroi, le bord inférieur de la glande hépatique au-dessous et en arrière duquel la main perçoit l'existence d'une tumeur bosselée assez irrégulière, difficile à bien limiter. En outre, le rebord costal est soulevé par la tumeur (haute de 0,11 à 0,12^m) qui descend à 0,07^m au-dessous des fausses côtes et dépasse légèrement la ligne médiane en avant. Dans toute cette étendue la percussion donne un son mat, la pression du doigt à ce niveau est absolument indolente. Pas de fluctuation, ni à plus forte raison de frémissement hydatique. — La langue est sale, rouge sur les bords; le malade dit n'avoir jamais éprouvé ni coliques ni vomissements. La cause de l'ictère doit donc être cherchée ailleurs.

La rate, isolée du bord gauche du foie par une zone sonore, mesure verticalement de 18 à 20^{cm}. Transversalement elle est encore plus hypertrophiée (environ 0,20^{cm}). Inférieurement, elle est limitée par une ligne horizontale qui passe à 0,02^{cm} au-dessous de l'ombilic. La tension du ventre permet difficilement d'apprécier la profondeur à laquelle pénètre le viscère. Les matières excrémentitielles rendues

dans l'après-midi sont absolument grises, décolorées; les urines très abondantes sont chargées de pigment biliaire.

En somme, il y a rétention biliaire et ictère par compression du canal cholédoque.

Enfin le pouls est ralenti et bat 60 fois par minutes.

Traitement : Purgatif. Cataplasmes et frictions sur le ventre. Potion, hydrate de chloral.

31 octobre. Selles décolorées, abondantes, en purée, couleur café au lait. Les urines sont d'un vert très foncé, ne renferment pas d'albumine. T. 40°. Douleurs assez vives au creux épigastrique.

1^{er} novembre. La tumeur du foie devient rénitente.

6 novembre. Dans la nuit du 5 au 6 novembre, le malade est repris de douleurs assez vives au creux de l'épigastre, suivies de vomissements. La sensibilité du ventre nécessite la suppression des cataplasmes. — Frictions sur l'abdomen avec de l'huile de camomille camphrée. Le soir, la température reste élevée. En même temps, la partie la plus saillante de la tumeur, celle qui borde le muscle droit est devenue fluctuante sur une étendue de 0,03 à 0,04 cent. carrés. La saillie, formée par la collection liquide, se dessine très nettement sous la peau.

7 et 8 nov. Léger épistaxis; localement il n'est survenu aucun changement, mais l'état général s'aggrave manifestement: le soir, la fièvre redouble, la langue devient rouge, sèche, et se dépouille, la soif est vive. La nuit, le malade dort peu.

10 nov. Nous voyons s'exagérer un phénomène paru depuis deux jours, la dilatation des veines superficielles de la paroi du ventre (circulation supplémentaire), nouvel indice de la gêne circulatoire dans le système de la veine porte et de l'occlusion des voies biliaires.

11 nov. Ictère de plus en plus foncé. M. Labric prend alors le parti de pratiquer une ponction exploratrice. La tumeur fluctuante est traversée et vidée à l'aide de la plus fine aiguille de l'appareil Dieulafoy. Cette ponction donne issue à 280 gr. d'un liquide vert, bilieux, peu épais, examiné le jour même par M. Suchard au laboratoire de M. le professeur Potain. L'examen histologique a permis de constater dans les dépôts du liquide filtré, la présence de globules blancs et rouges, sans aucun crochet. La ponction avait donc porté sur la vésicule biliaire. Le soir, le pouls bat 160 fois par minute.

13 novembre. Exagération de la circulation supplémentaire du réseau veineux abdominal. Le ventre se remplit de liquide. Le malade s'affaiblit progressivement. La

diarrhée persiste sans qu'il se soit jamais rencontré de matières grasses dans les selles. Enfin, le malade tombe dans le coma le 14 novembre au soir, et succombe le lendemain sans avoir retrouvé sa connaissance.

AUTOPSIE le 17 novembre. — *Péritoine* : Adhérent aux parois abdominales, poisseux, très injecté; renferme beaucoup de liquide fortement coloré en jaune. — *Foie* : volumineux, bosselé, granuleux à sa surface, d'un rouge foncé, couleur chamois, comme dans la cirrhose par rétention. Ses dimensions sont de 0,14^{cm} en hauteur, 0,20^{cm} en longueur, et de 0,06^{cm} d'avant en arrière. Le long de son bord antérieur nous trouvons la vésicule très dilatée. Celle-ci a été effectivement ponctionnée. Elle renferme environ 100 gram. de liquide bilieux verdâtre épais. En retournant le foie sur sa face convexe, on est frappé par l'énorme dilatation du canal cholédoque, sur tout son trajet. Sa distension est suffisante pour permettre d'introduire le doigt dans sa cavité. A son entrée dans l'intestin, l'orifice des voies biliaires retrouve son étroitesse et ne laisse plus passer que la sonde cannelée. Bien que dilaté, ce canal ne renferme pourtant aucun corps étranger capable de mettre obstacle à l'écoulement de la bile. En remontant vers le hile du foie on trouve, à quelques centimètres plus haut, un orifice assez large, arrondi, conduisant dans une poche anfractueuse creusée aux dépens de la face inférieure du foie d'une part et constituée de l'autre par des adhérences du péritoine à l'intestin. Cette cavité, logée sous le lobe gauche du foie, renferme une poche kystique (hydatique) blanchâtre, nacréée, formée de plusieurs couches stratifiées séparées les unes des autres par des granulations pigmentaires; sa paroi interne tapissée de plusieurs vésicules adhérentes est lisse, un peu teintée en jaune. Cette poche, absolument indépendante du foie est à moitié vide et renferme à peine quelques cuillerées de liquide blanchâtre.

La *rate*, parfaitement lisse, mesure en hauteur 0,21^{cm}; transversalement, 0,13^{cm} 1/2, est très congestionnée. Son tissu paraît normal, peut-être un peu plus dense. — L'*intestin*, lavé à grande eau, renferme seulement quelques matières décolorées sans aucune hydatide. — La *veine cave inférieure* est fortement dilatée, l'intestin, lavé à grande eau, renferme seulement des matières fécales décolorées sans aucune hydatide.

RÉFLEXIONS : A quelle cause faut-il reporter l'occlusion totale des voies biliaires avec dilatation totale du canal

cholédoque jusqu'à son embouchure dans l'intestin? Est-ce à une bride péritonéale enflammée et rétractée s'opposant à l'écoulement de la bile? — Outre que nous n'avons pu la constater, cette hypothèse ne saurait cadrer avec la marche des accidents péritoneaux survenus tardivement et postérieurement à l'ictère.

Il faut donc admettre la compression du canal cholédoque par le kyste hydatique avant sa rupture, les phénomènes de compression ayant porté d'abord sur la veine splénique, d'où gêne circulatoire et congestion passive de la rate pour retentir, en dernière analyse, sur le canal cholédoque au-dessous du canal cystique. La mort serait dès lors la conséquence de la rétention biliaire (cirrhose biliaire) avec cholémie aiguë (ictère grave).

13. Un cas de grossesse tubaire. — Rupture de la paroi de l'oviducte, hémorrhagie foudroyante dans la cavité abdominale. — Grossesse de deux mois. Mort de la malade; par M. SKINNER.

La malade qui a fourni cette pièce était âgée d'environ 35 ans. Elle fut amenée, mourante, à l'hôpital Lariboisière, le 10 janvier 1884, où on la fit entrer dans le service de M. le professeur BOUCHARD. Aucun renseignement précis sur la nature de sa maladie n'a pu être pris de ceux qui l'accompagnaient, sauf qu'elle était devenue rapidement pâle et était tombée en défaillance quelques heures même avant son entrée à l'hôpital, à midi. Alors on constata que la malade était sans connaissance, d'une pâleur extrême, face hippocratique, la respiration arrêtée, plus de pouls radial, les battements cardiaques à peine perceptibles par l'auscultation. Il s'y rencontrait, en un mot, tous les signes d'une hémorrhagie interne foudroyante. La mort ne tarda pas à survenir, et la nécropsie, faite le lendemain matin par M. Barth, remplaçant M. Bouchard, montra les faits suivants :

A l'ouverture de la *cavité péritonéale*, on constata l'existence d'une grande quantité de sang épanché dans cette cavité : la quantité peut être évaluée à deux litres environ. Des caillots noirs, mous et volumineux occupaient la cavité du petit bassin et la partie inférieure de l'abdomen, et siégeaient surtout à droite. En effet, en cherchant plus profondément on trouva que le plus volumineux de ces caillots adhérait fortement à la trompe utérine droite. Celle-ci pré-

sentait au milieu de sa longueur, une tuméfaction ovoïde, à consistance rénitente, à surfaces lisses, à grand axe transversal, et paraissant formée par une dilatation considérable du canal de l'oviducte; le pavillon occupait sa place normale, et l'ovaire parfaitement sain, pâle et exsangue se voyait à sa place ordinaire.

La tumeur offrait les dimensions suivantes: longueur 4°, hauteur 4°, épaisseur (antéro-post.) 3°. A sa partie supérieure et interne on voit une masse à surface irrégulière, tomentense et déchiquetée qui semble être le point de départ de l'hémorrhagie.

On retira les organes génitaux internes du cadavre, on débarrassa la tumeur des caillots qui sont surtout adhérents à son bord supérieur, et on l'incisa à sa face postérieure. Cette incision montra très nettement l'embryon entouré du liquide amniotique qui est retenu par les membranes parfaitement conservées et transparentes. Il est recourbé sur lui-même et présente 2 $\frac{1}{2}$ ° seulement de longueur. Les lames abdominales sont réunies sur la ligne médiane, le cordon et l'ombilic sont déjà constitués et l'on constate très facilement les bourgeons digitaux à chaque main. L'épaisseur des parois de la trompe qui entouraient l'embryon était de 8 à 9^{mm}. On ne trouva pas trace de péritonite.

L'utérus est hypertrophié comme dans une grossesse de deux mois, mais sa cavité ne renferme rien. Il mesure, le col compris, 12° de long, 6° de large et 4° d'épaisseur. Sa paroi présente 2° d'épaisseur. A la surface de l'organe on voit plusieurs petites saillies arrondies, fermes, solides, sessiles (myômes), dont une beaucoup plus grosse que les autres occupe le milieu du bord supérieur de l'utérus. A l'intérieur on trouve la caduque pariétale parfaitement formée. La muqueuse en effet participe à l'hypertrophie générale de l'organe: elle est épaisse, gonflée, tomenteuse, très molle, offrant des saillies et des replis avec des anfractuosités. Elle est très congestionnée partout, et à sa partie inférieure il existe de petites hémorrhagies interstitielles. Cette tuméfaction de la muqueuse s'arrête brusquement au niveau de l'orifice supérieur du col.

RÉFLEXIONS. En somme, il s'agit d'une grossesse développée dans la trompe droite, brusquement interrompue par la rupture de cette trompe, suivie d'une hémorrhagie abdominale foudroyante. Quant à la cause immédiate de cette rupture, si c'était un traumatisme ou bien une congestion interne, nous ne pouvons rien affirmer.

15. Note sur le poids du cœur dans quelques cas de lésions rénales consécutives au cancer de l'utérus ; par les D^rs Ch. FÉRÉ et L. QUERMONNE.

Plusieurs auteurs ont signalé l'existence de l'hypertrophie du cœur comme conséquence de lésions rénales secondaires, à des affections des voies urinaires, etc. Tout récemment, M. Artaud, dans un intéressant mémoire (1), a insisté sur la fréquence de cette complication chez les sujets atteints de cancer de l'utérus, et il apporte six faits à l'appui de sa thèse. Cependant, l'un de nous, dans un travail antérieur (2), avait fait remarquer que dans les cas de sclérose secondaire du rein, l'hypertrophie cardiaque était rare. « Dans plusieurs faits de cancer utérin compliqué de sclérose rénale, nous avons trouvé un cœur peu volumineux, avec des reins très atrophies ; dans un cas, les deux reins pesaient 65 et 35 grammes, le cœur 240 ; dans un autre, les deux reins pesaient 55 et 30 grammes, et le cœur 175. »

Nous avons voulu étudier de plus près la question, en prenant sur les cahiers d'autopsies faites par l'un de nous à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, pendant les années 1881, 1882 et 1883, tous les faits de cancer de l'utérus dans lesquels le poids du cœur et des reins était noté. Nous en avons trouvé trente-six dans lesquels la rétro-dilatation des uretères avait déterminé des lésions rénales plus ou moins marquées. Les poids sont réunis dans le tableau suivant :

Si nous admettons avec Blot que la moyenne du poids normal du cœur chez la femme est de 220 à 230 grammes, nous ne saurions reconnaître que nous avons affaire, dans les cas dont il s'agit, à une hypertrophie, puisque la moyenne de nos pesées ne donne que 229 grammes. Et si nous considérons les faits individuellement, nous voyons que 15 cœurs seulement sur 36 pèsent plus de 230 grammes, et il n'y en a que 6 qui atteignent 300 grammes ; tandis que 18 sont au-dessous de 220, et 10 au-dessous de 200.

(1) Artaud. — *De la néphrite déterminée par la compression des uretères dans le cours du cancer de l'utérus, et de l'hypertrophie du cœur consécutive* (Revue de médecine, 1883, p. 905.)

(2) Ch. Féré. — *Du cancer de la vessie*, 1881, p. 94.

N ^o	Age	Poids du cœur.	Poids du rein droit.	Poids du rein gauche.
—	—	—	—	—
1	57	240	35	65
2	56	315	165	155
3	32	195	95	85
4	75	315	100	50
5	59	175	55	30
6	45	250	85	50
7	41	220	155	45
8	48	320	210	190
9	72	220	50	130
10	43	175	145	180
11	32	260	125	180
12	36	210	130	105
13	26	215	310	200
14	45	245	70	120
15	50	240	110	90
16	61	215	40	105
17	»	205	125	130
18	»	230	65	95
19	61	260	70	175
20	50	175	70	65
21	35	170	150	135
22	43	175	105	45
23	38	165	70	70
24	36	215	150	115
25	37	300	145	50
26	41	175	125	95
27	56	195	115	»
28	44	280	120	115
29	41	205	105	65
30	34	220	100	100
31	74	195	125	130
32	39	300	100	110
33	51	300	140	150
34	29	215	120	80
35	38	200	115	90
36	59	270	90	70

Nous sommes donc autorisés à conclure que non seulement l'hypertrophie du cœur n'est pas la règle chez les sujets atteints de lésions rénales consécutives au cancer utérin, mais encore que *le plus souvent le cœur des femmes atteintes de cancer de l'utérus est un cœur maigre comme celui des cancéreux en général.*

16. Pied bot varus equin de cause cicatricielle; par
M. CHAPUT, interne des hôpitaux.

La pièce que nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique provient d'un cadavre de l'Ecole pratique, âgé de 56 à 60 ans environ, sur lequel nous n'avons pu obtenir aucun renseignement.

L'examen de la peau de la jambe révélait, à la partie moyenne de la face postérieure, une cicatrice épaisse, adhérente aux parties profondes, longue de 15 centimètres environ et large de 3 à 4 centimètres, qui paraissait consécutive à une brûlure. Les muscles sous-jacents, jumeaux et tendon d'Achille, présentaient des altérations particulières. Le jumeau interne, presque entièrement détruit dans les 2/3 inférieurs, était remplacé par de la graisse molle et surtout par une plaque fibreuse, épaisse d'un peu moins d'un centimètre, qui s'étendait, toujours avec une épaisseur analogue, sur le bord interne du jumeau externe et sur le tendon d'Achille. Cette lame fibreuse, qui avait tous les caractères du tissu de cicatrice, était intimement adhérente à la peau et présentait les mêmes dimensions verticales et transversales que la cicatrice cutanée.

Le jumeau externe était notablement plus mince que normalement. Quant au soléaire, il présentait peu d'altérations, sauf une abondance anormale de grains à la surface et dans les interstices de ses faisceaux.

Les muscles de la région profonde étaient relativement sains. Le fléchisseur propre du gros orteil était normal comme volume et couleur; mais le jambier postérieur et le fléchisseur commun, outre une certaine diminution de volume, présentaient encore une coloration jaunâtre, caractéristique de la dégénérescence graisseuse. A la région antérieure de la jambe, le jambier antérieur paraît sain. Il n'en est pas de même de l'extenseur commun, qui, dans sa moitié supérieure, est réduit à un cordon fibro-graisseux. Mêmes lésions de l'extenseur propre du gros orteil. Les péroniers latéraux sont sains. Le pédicule est atrophié et graisseux. Les muscles de la plante du pied sont sains comme volume et couleur.

Les artères et veines sont absolument normales. Les nerfs tibiaux antérieur et postérieur sont augmentés de volume et infiltrés de graisse.

Os. Le tibia est absolument graisseux; la pulpe du doigt écrase sans peine son tissu spongieux et en fait sortir un liquide oléagineux. La mortaise tibio-péronière paraît nor-

male. Quant à l'astragale, elle ne présente pas de déviation de l'axe antéro-postérieur de sa tête. Sa surface articulaire tibio-tarsienne n'est cartilagineuse que dans les $\frac{2}{3}$ postérieurs de l'étendue normale. Le $\frac{1}{3}$ antérieur, normalement cartilagineux, est remplacé par du tissu osseux éburné, dont la production exagérée a produit un rebord saillant de 3 à 4 millim., s'opposant à la réduction de l'astragale dans sa position normale.

Il est à remarquer que, dans les efforts de réduction que l'on peut faire, les muscles péroniers latéraux et jambier postérieur, et le tendon d'Achille, se tendent fortement et empêchent que l'astragale ne rentre en entier dans sa loge osseuse.

REFLEXIONS. — Cette observation nous semble intéressante sous le double point de vue de la pathogénie, de l'enchaînement des lésions et des conséquences thérapeutiques qu'on en peut tirer.

Vraisemblablement, une brûlure datant du jeune âge, intéressant toute la peau et une partie des tissus sous-jacents, a déterminé une rétraction cicatricielle du tendon d'Achille. L'astragale, peu à peu expulsée de sa loge tibio-péronière, n'a pu prendre définitivement la position d'extension forcée sans produire une arthrite, légère il est vrai, mais incontestable, puisqu'elle s'est traduite par la production d'hyperostoses de la partie antérieure de la trochlée astragalienne. Sous l'influence de cette inflammation articulaire se sont produits des troubles trophiques dans les muscles de la jambe, analogues à ces altérations bien étudiées par M. Le Fort et par Valtat, dans sa thèse. Bien plus, des altérations se sont montrées sur les os, le tibia en particulier; cela semble rentrer dans les troubles trophiques d'atrophie osseuse consécutifs aux tumeurs blanches, étudiées récemment par Julien Wolf, dans le *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1883.

Au point de vue thérapeutique, l'existence du rebord osseux s'opposant à la réduction complète de l'astragale, jointe à la résistance des péroniers, jambier postérieur et tendon d'Achille, fait très bien comprendre que, dans un cas comme celui-ci, on ferait sans succès l'ablation de la tête de l'astragale, si justifiée dans les cas où l'axe de la tête forme un angle plus ou moins aigu avec celui du corps.

La seule intervention légitime aurait été l'ablation totale de l'astragale.

7. M. BARTH fait voir un *cancer du corps thyroïde* survenu chez une femme de 22 ans. La malade présentait des antécédents strumeux. Elle avait sur les régions latérales du cou des masses ganglionnaires qui se confondaient en dedans avec une tumeur goitreuse. La mort survint par asphyxie.

A l'autopsie on trouva la trachée aplatie par le lobe médian dégénéré du corps thyroïde. Il était très difficile de faire la démarcation entre le corps thyroïde et les ganglions. A la coupe on trouve une masse dure, résistante et une surface blanchâtre qui laisse suinter un suc blanchâtre.

Dans la trachée, vers le même point, on trouve de petites ulcérations, peu profondes qui rappellent l'ouverture d'abcès glandulaires. S'agit-il d'une tumeur primitive du corps thyroïde ou d'un épithélioma secondaire?

8. M. COURTADE montre le *pied d'un diabétique* atteint de *gangrène* spontanée et amputé 8 jours auparavant par M. Regnier. Sous l'influence d'un traitement approprié le sucre avait disparu depuis 5 mois : jusqu'à présent l'amputation n'a pas été suivie d'accident.

M. QUERMONNE est nommé membre correspondant.

La séance est levée à 5 heures.

Séance du 18 janvier.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

17. M. CHÉRON présente des *reins kystiques* très volumineux. Il n'y avait pas d'hypertrophie du cœur.

18. Sarcôme de la région sus-hyoïdienne, opération. Mort rapide. — Généralisation du néoplasme aux poumons ; par M. E. VALUDE, interne des hôpitaux.

La nommée P..., âgée de 57 ans, arrive du fond des provinces du midi pour se faire opérer par M. VERNEUIL, d'une tumeur qu'elle porte à la région du cou. Elle entre à l'hôpital de la Pitié, le 9 janvier 1884, salle Lisfranc, n° 17.

Cette malade, pendant toute la durée de sa vie, aurait joui d'une santé des plus satisfaisantes. Notons cependant qu'elle boite depuis sa naissance et que dans sa jeunesse elle aurait eu une attaque de rhumatisme. Quoiqu'il en soit elle était en parfaite santé quand, il y a six ans, elle remarqua une petite tumeur développée insensiblement, et qui siégeait sur la partie médiane de la région sus-hyoïdienne, derrière le menton ; cette tumeur, fixe sur les parties profondes, ovoïde, indolore, n'inquiéta nullement la malade. Lentement cette tumeur grossit et les renseignements sur les détails de cette première phase de la maladie sont très précis : nous avons eu la bonne fortune de les recueillir de la bouche même du médecin ordinaire de la malade.

L'accroissement du volume fut donc lent pendant cette période, il se fit par l'apparition successive de bosselures autour de la masse principale et dépendantes de cette même tumeur primitive. Néanmoins, le volume était toujours modéré et l'infirmité pouvait se cacher sous les brides d'un chapeau ; comme d'autre part la tumeur malgré son développement progressif était indolore, la malade continua à négliger son mal.

Il y a trois mois, sans cause appréciable, la marche si lente fut modifiée. L'accroissement devint extrêmement rapide, au point que, dans ce court espace de temps, le volume aurait doublé. En même temps et pour la première fois la malade éprouvait des élancements profonds, très pénibles. C'est alors qu'elle se présenta à notre examen :

La tumeur, pour laquelle cette malade entre dans le service de la Pitié, occupe la région sus-hyoïdienne tout entière, débordant cette région en bas, et surtout à gauche où elle remonte le long de la branche montante du maxillaire supérieur ; elle couvre en ce point une partie de la région parotidienne. En haut, la tumeur n'est point limitée par le bord inférieur du maxillaire, elle le dépasse en le recouvrant et prend pied sur le territoire de la face en se limitant assez exactement au point où le muscle peaucier s'entrecroise avec les muscles faciaux.

La tumeur est bosselée, la peau qui la recouvre a conservé sa couleur normale sauf en un point; sur une bosse-lure plus proéminente que les autres où elle est devenue livide et très amincie. Ça et là des veines volumineuses sillonnent la superficie du néoplasme. La palpation fait reconnaître que cette tumeur est fixe dans la profondeur et un peu mobile aux extrémités, la consistance est variable : dure et rénitente dans certains points, molle et fluctuante dans d'autres. On n'y constate ni souffle ni battements.

L'état du maxillaire examiné n'a pas révélé de gonflement de cet os, il ne paraît pas prendre part à la tumeur qui ne fait qu'englober son bord inférieur. Dans la bouche, rien de particulier ni au vestibule, ni à la région sublinguale. Il est particulièrement remarquable que cette énorme tumeur de la région sus-hyoïdienne ne soulevait nullement le plancher de la bouche.

Malgré le développement excessif de cette tumeur, les organes qui traversent la région ne sont affectés en aucune façon. La malade n'a pas le moindre degré de dysphagie, jamais elle n'a eu d'accès de suffocation et sa respiration est profonde et facile. La circulation de l'extrémité céphalique ne paraît pas gênée et la malade n'accuse aucun retentissement douloureux pouvant être imputé à la compression du tronc nerveux de la région.

Enfin, comme chez tous nos malades, nous pratiquons l'examen des organes avant l'opération et ni au cœur, ni au poumon l'auscultation ne nous révèle rien d'anormal.

Dans l'urine pas d'albumine. Disons toutefois que malgré le résultat négatif de ces explorations sur les viscères, la malade a beaucoup perdu ses forces et maigri depuis quelque temps; elle attribue cette déchéance aux tourments dans lesquels l'a plongée le développement de son affection. Cet amaigrissement et la teinte cachectique de la malade font augurer qu'il s'agit là, d'une tumeur de mauvaise nature sans qu'il soit possible de déterminer nettement le point de départ du néoplasme.

L'opération est fixée au 14 janvier. La malade étant endormie, M. Verneuil découvre la tumeur à l'aide d'une longue incision transversale; il tombe alors sur une masse lobulée, contenant quelques kystes, mais dont le tissu fondamental est manifestement sarcomateux. Suivant son programme opératoire, M. Verneuil divise la tumeur en deux parties, pour en pratiquer l'ablation par segmentation. Entre temps, les deux artères faciales sont liées, ainsi qu'une veine, probablement la jugulaire externe. Le

tissu malade est mou, friable et se laisse facilement déchirer ; la poursuite des organes altérés conduit à enlever le ventre antérieur du digastrique envahi par le néoplasme, ainsi que les ganglions de la région parotidienne gauche. Mais où la surprise fut plus grande, c'est quand la région sous-hyoïdienne, une fois évidée, M. Verneuil aperçut le corps de l'os hyoïde érodé, partiellement détruit, remplacé par du tissu sarcomateux, en un mot, faisant corps avec la tumeur d'une façon complète. M. Verneuil jugea alors que l'os hyoïde était vraisemblablement le point de départ de cet ostéo-sarcome si volumineux et décida l'ablation de cet os. La trachéotomie préalable fut faite séance tenante et l'os hyoïde enlevé. Quelques points de suture réunirent les deux lèvres de la plaie, un drain fut passé au travers et le pansement de Lister appliqué.

Pendant tout le cours de la chloroformisation, qui dura une heure et demie, la malade avait plusieurs fois donné de vifs sujets d'inquiétude. Le pouls, déjà très lent, devenait de temps à autre insaisissable, la respiration aussi se ralentissait et s'arrêtait parfois tout à fait. Deux fois se produisirent de véritables syncopes, l'anesthésie fut suspendue, et la respiration et le pouls furent rappelés par la flagellation. Cependant, malgré ces alertes, l'opération marcha jusqu'au bout sans aucune encombre opératoire ; la quantité de sang perdu fut tout à fait minime.

Ramenée à son lit, la malade resta plongée dans un état comateux, sans pouvoir se réveiller de son sommeil anesthésique. C'est dans cet état que je la retrouve deux heures après : le pouls est très lent et petit, la respiration très affaiblie, se fait difficilement, la trachée étant encombrée de mucosités. Le refroidissement est extrême ; en un mot, la malade est en pleine agonie. Tous les moyens employés pour la ranimer restent sans résultat : injections d'éther, frictions stimulantes, etc., réussissent à peine à lui faire entr'ouvrir les yeux. — Morte à 3 heures.

AUTOPSIE. — Dans la plaie est coagulé environ cinquante grammes de sang, qui ne sont évidemment pour rien dans la mort. — Rien à la plèvre ni au cœur. Les poumons sont littéralement farcis de noyaux cancéreux de tout calibre et de toute consistance. Leur grosseur varie de celle d'un petit pois à celle d'une petite orange ; les petits sont durs et résistants à la coupe, leur tissu est dense, de couleur blanchâtre, le raclage donne manifestement le suc caractéristique. Les plus gros sont ramollis, friables et dans leur intérieur on trouve quelques foyers

hémorrhagiques anciens et nouveaux. Le nombre de ces noyaux est très considérable, ils sont répartis dans la profondeur du parenchyme pulmonaire, mais principalement à sa surface externe et sur les bords des poumons. Entre ces productions néoplasiques secondaires, le tissu pulmonaire est absolument sain et normal. Dans le médiastin on trouve de grosses masses ganglionnaires qui ont subi la dégénérescence sarcomateuse, elles sont très molles et offrent la consistance splénique. Il est à remarquer qu'il est impossible de trouver une altération des ganglions carotidiens, ayant pu servir de passage à la tumeur sous-hyoïdienne vers le médiastin ; il y a eu là un enjambement de la lésion par-dessus la zone intermédiaire formée par les ganglions du cou. Les viscères abdominaux examinés avec soin, la colonne vertébrale, ne nous ont révélé la présence d'aucune tumeur de même nature.

Examen histologique. — Nous avons pratiqué des coupes dans le tissu de la tumeur sous-hyoïdienne, et ces préparations ont montré que cette tumeur était composée de grosses cellules fusiformes disposées en faisceaux dirigés diversement. Entre les faisceaux sont groupées çà et là, par amas, de grosses cellules jeunes, munies de noyaux très volumineux et n'ayant pas encore atteint leur entier développement. Cette tumeur offre donc tous les caractères d'un sarcome fibro-plastique ou tumeur fasciculée de Lebert, et ce diagnostic histologique est parfaitement en rapport avec la marche lente, puis soudainement plus rapide de la tumeur.

RÉFLEXIONS. — L'intérêt de cette observation est moins dans les détails anatomiques que dans le mécanisme de la mort. En Angleterre, on eût vite mis l'étiquette de Shock sur une mort survenue si brusquement trois heures après une opération très grave. En l'absence de renseignements anatomo-pathologiques il eût peut-être été permis de soutenir une pareille hypothèse, surtout parce qu'en pareil cas l'explication de la mort par le Shock dispense de toute espèce d'interprétation de physiologie pathologique. Mais les résultats fournis par l'autopsie ne laissent aucune retraite aux défenseurs du Shock traumatique comme cause de la mort dans le cas précédent. Une malade, dont les deux poumons sont farcis de noyaux cancéreux secondaires ne peut subir une opération, ou, si l'on veut, ne peut être soumise au chloroforme sans que son organe malade ne

réagisse aussitôt. La veille, en parfait état de santé, le poumon fonctionnait encore parfaitement en apparence, mais la moindre circonstance devait éveiller la susceptibilité d'un organe déjà atteint. De là cette respiration lente, stertoreuse, et la mort rapide dans l'hypothermie.

Les faits de cette nature ne sont pas isolés, ils fourmillent et c'est leur nombre même qui permet d'affirmer que dans ce cas ce sont bien les lésions pulmonaires qui sont les causes de la mort, par un spasme du poumon et du cœur, et qu'il ne s'agit pas de causes impossibles à déterminer ou à définir, comme le Shock, l'action du chloroforme, etc. La thèse de Cerné (1881) offre un contingent considérable d'observations absolument semblables à celles dans lesquelles la mort très rapide a coïncidé avec une généralisation aux poumons. Dans ce travail, il est noté également la fréquence des accidents chloroformiques dans cette forme de généralisation pulmonaire et le danger de l'anesthésie dans les cas de carcinose du poumon est soigneusement exprimé dans la thèse d'agrégation de M. Duret (1880), sur les contre-indications à l'anesthésie chirurgicale. C'est donc bien la présence des noyaux dans le poumon qui rend les traumatismes opératoires ou l'anesthésie si rapidement meurtrière en pareil cas, mais de quelle façon et par quel mécanisme ces causes occasionnelles amènent-elles le réveil brusque de ces lésions inoffensives jusque-là, c'est le point qui reste encore obscur aujourd'hui.

19. Fracture du corps du fémur. Mort rapide. — Carcinose viscérale ; par M. E. VALUDE, interne des hôpitaux.

L..., âgée de 62 ans, d'apparence très sénile, portant une *hémiplégie gauche* de date ancienne, entre le 10 janvier dans le service de M. le professeur VERNEUIL pour une fracture de la partie moyenne du fémur gauche.

Cette femme, légèrement démente, très cachectique, ne peut nous donner aucun renseignement. Nous apprenons que sa fracture est survenue sous l'influence d'une cause des plus minimes. Une garde-malade brutale, la poussant dans son lit, lui a occasionné cette fracture. Celle-ci est d'ailleurs des plus simples : pas de gonflement de la cuisse, pas de plaie. Le membre est placé dans un appareil de Scultet et soumis à la traction continue. La malade, malgré

son apparence cachectique. ne présente aucune lésion apparente de ses viscères ; l'auscultation de la poitrine est négative, le cœur sénile donne un premier bruit peu net, il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

Pendant les premiers jours de son entrée à l'hôpital, la malade, tenue en observation, ne présente rien d'anormal ; l'appétit est satisfaisant, la fièvre nulle, tout semble marcher avec la plus grande simplicité.

16 janvier, matin. La température monte notablement, la figure est rouge, vultueuse, la langue sèche et noire au milieu. Le soir, le thermomètre arrive à 39° et 40, et la mort a lieu à cinq heures du matin, dans le coma.

AUTOPSIE. — L'examen nécroscopique a montré une dissémination de *noyaux cancéreux* dans le foie et le poumon. Dans le poumon, les noyaux sont petits, et deux ou trois à peine atteignent le volume d'une petite noix, sauf au sommet droit, qui est tout entier occupé par une masse cancéreuse. Les noyaux du foie sont plus nombreux et en général plus volumineux que ceux du poumon. Enfin, nous avons retrouvé une tumeur de même nature qui occupait l'extrémité postérieure de la 9^e côte droite. — Rien d'anormal à noter dans les autres viscères, ni à la colonne vertébrale. L'examen le plus soigneux ne nous a pas permis de trouver le point de départ de ces cancers secondaires, ni à l'utérus ni dans le tube digestif.

Le foyer de la *fracture*, examiné, offre ceci de particulier : la substance compacte de l'os est extrêmement raréfiée et manifestement altérée, la moelle est remplacée par une masse lardacée qui paraît être du sarcome, et l'examen histologique a vérifié cette première appréciation. La manière dont se comportaient les fragments l'un vis-à-vis de l'autre n'était pas sans particularité. La cassure n'était pas transversale, mais les deux fragments des pointes aiguës, s'engainant les unes les autres, comme il arrive sur les os d'une grande fragilité.

En un mot, c'était une fracture survenue en un point d'un os atteint d'ostéo-sarcome ; rien donc d'étonnant dans la facilité qu'a présentée, dans ce cas, le fémur à se fracturer ; mais le point sur lequel nous voulons insister, est celui qui a trait au mécanisme de la mort. Cette observation est trop semblable à la première pour qu'elle ne mérite pas d'en être rapprochée. Dans les deux cas, il s'agit de malades atteintes de cancer viscéral latent, jusqu'à ce moment compatible avec la vie et ne s'étant révélé encore par aucun trouble ni aucun accident ; arrive chez l'une un

trauma opératoire grave, il est vrai, mais chez l'autre un trauma accidentel des plus insignifiants, et immédiatement l'altération viscérale se manifeste par une mort rapide avec hypothermie, chez la première; par une mort en six jours chez la seconde. Il est hors de doute que sans l'opération de l'une et sans l'accident de l'autre, les lésions viscérales auraient continué au moins pendant quelque temps à ne se manifester par aucun symptôme; il a donc fallu une certaine impulsion pour être l'occasion de leur réveil, et cette impulsion est donnée bien évidemment par les deux traumatismes. Ira-t-on dichotomiser ces différentes manifestations morbides présentées par ces malades et diviser leur histoire pathologique en deux chapitres distincts? D'un côté, l'affection chirurgicale, et de l'autre, une affection viscérale indépendante?

L'histoire de l'action du traumatisme sur le cancer viscéral est fondée depuis longtemps sur un grand nombre d'observations, et chaque jour en voit paraître de nouvelles. Dans le numéro de janvier 1884 de la *Revue de chirurgie*, M. Verneuil rapporte sur ce point l'observation si probante d'un homme vigoureux, qui, à la suite d'une fracture simple de jambe, succomba assez rapidement au développement subit d'un cancer viscéral resté latent jusque-là.

Ce malade serait-il mort sans l'accident qui produisit ce trauma, sans conséquence chez un homme bien portant, mais qui, chez un cancéreux, donna un coup de fouet subit à la lésion viscérale qui emporta le malade?

La règle à déduire de ces faits, serait de s'abstenir de toute intervention chirurgicale chez des malades atteints de cancers secondaires des viscères; on devra donc suivre cette ligne de conduite quand l'examen aura fait connaître ces lésions viscérales; mais il faut bien savoir que le diagnostic n'en est pas toujours possible, et que le plus souvent elles passent ignorées.

M. VERNEUIL prend la parole à propos des observations précédentes. Si ces faits s'étaient passés en Angleterre ou en Allemagne, on n'eût pas manqué d'invoquer le « choc traumatique. » Ce n'est qu'un mot.

Pour ce qui est de la première des malades dont M. Valude a relaté l'histoire, l'opération de la masse cancéreuse avait été régulière. Sans doute la chloroformisation avait été particulièrement laborieuse. On avait été obligé de réveiller, à deux ou trois reprises, la malade menacée de

syncope, et l'opération avait duré plus d'une heure. Sans doute la gaine des carotides avait été ouverte des deux côtés et on eût pu invoquer un traumatisme des organes importants de la région. Toutefois, la malade, après l'opération, avait été régulièrement réveillée, elle n'avait pas perdu beaucoup de sang et cependant la température tombait à 36°. Il ne fût pas possible de réchauffer l'opérée, qui mourut quelques heures après.

On ne peut invoquer ni l'hémorrhagie, ni l'intoxication chloroformique. Ce qu'il faut accuser, c'est surtout l'état antérieur de la malade. Le trauma chirurgical est devenu funeste parce qu'il portait sur un organisme prédisposé par l'existence du cancer; il n'a été que l'occasion de la mort.

Et, du reste, les causes de la mort sont multiples dans de semblables conditions et il est difficile d'attribuer à chacune d'elles la responsabilité qui lui revient. Le chloroforme, sans doute, n'est pas absolument innocent, mais ce qu'il faut mettre au premier rang, c'est la maladie antérieure.

La seconde observation de M. Valude est bien faite pour mettre en relief l'importance fondamentale de l'état proto-pathique. Ici le traumatisme s'est trouvé réduit au minimum, et cependant la mort est survenue au bout de quelques jours. On ne peut invoquer cependant ni chloroformisation, ni hémorrhagie, ni tétanos, aucune complication, en un mot, qui porte nom.

Un tel fait n'est-il pas de nature à bien faire voir quelle aggravation apportent au traumatisme les lésions antérieures? Du reste, des observations semblables ont été réunies en nombre très respectable dans la thèse récente d'un des élèves de M. Verneuil, le Dr Cerné (de Rouen). Elles démontrent jusqu'à l'évidence que les traumatismes, même restreints, donnent une impulsion fatale à des lésions même latentes; ils sont une occasion de mort dans un organisme frappé de diathèse. Les explications sont difficiles, mais les faits s'imposent.

M. CORNIL se déclare parfaitement convaincu de l'excellence de la théorie soutenue par M. Verneuil. Du reste, quand on pratique une autopsie, il est bien difficile de dire

pourquoi la mort a eu lieu. La chose est frappante, surtout chez les phthisiques, et ce ne sont pas toujours ceux dont les lésions sont le plus avancées qui meurent le plus vite. Il y a donc toujours dans la production de la mort un élément inconnu.

20. Idiotie consécutive à l'hydrocéphalie ; par BOURNEVILLE et LEPLAIVE.

L'observation que nous allons rapporter présente un intérêt au double point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique. Elle nous fournit un nouvel exemple de l'idiotie par *hydrocéphalie* dont plusieurs cas ont été déjà publiés par l'un de nous.

OBSERVATION. — *Père et grand'mère paternels alcooliques. — Mère nerveuse. — Oncle maternel imbécile ; — oncles et tantes maternels morts de convulsions.*

Emotions durant la grossesse. — Tête volumineuse à la naissance ; — son développement progressif ; ses dimensions. — Convulsions limitées à gauche (6 mois). — Hémiplegie consécutive ; amélioration. — Développement rapide de la tête (7 mois). — Etat du malade à l'entrée (10 mois). — Tête : fontanelles ; hyperostose. — Strabisme, etc. — Manifestations intellectuelles. — Pemphigus. — Athrepsie. — Hémorrhagie méningée ; troubles trophiques ; fonte purulente des yeux ; contracture ; élévation de la température ; diminution subite du volume de la tête. — Mort.

Alli., Eugène, âgé de 10 mois, est entré le 21 mai 1883, à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère (14 juin). — Père, 33 ans, lithographe, commettait au commencement du mariage de nombreux excès de boisson ; actuellement, il est sobre ; santé d'habitude bonne ; aucun accident nerveux. [Père, mort d'une maladie de cœur, à 50 ans, non alcoolique. — Mère, 60 ans, intelligente, s'est mise à boire depuis sept ans à la suite de chagrins. — Ni aliénés, ni épileptiques, etc., dans le reste de la famille].

Mère, 22 ans, petite, faible, dit être bien portante ; elle serait sujette, depuis l'accouchement, à des migraines très violentes ; bien que très nerveuse, elle n'aurait pas eu d'attaques, mais a souvent des éblouissements, des tintements d'oreilles ; elle se met facilement en colère, et cela depuis l'enfance. [Père, 46 ans, sobre, administré de Bicêtre, où

il est entré pour un *rhumatisme chronique*. — Mère morte à 31 ans, en couches. — Grand'mère paternelle morte en 1878, à la Salpêtrière, était atteinte de *rhumatisme chronique*. — Grand'mère maternelle morte de *paralysie*. — De 12 frères et sœurs, il n'y a plus de vivants qu'elle et un garçon de 20 ans, bien portant, peu intelligent, « en retard sur tout », et atteint d'un *défaut de la parole*. Parmi les autres, on signale un garçon mort de *convulsions* à 2 ans ainsi que deux filles jumelles, et enfin, une fille morte à 13 ans, à l'hôpital Sainte-Eugénie : « elle avait le cerveau trop fort; ça ne pouvait pas se fermer ».]

Pas de consanguinité.

Notre malade. — La *conception* s'est produite aussitôt après une fausse couche de six mois. A cette époque, le ménage était troublé par des disputes, parce que le père se grisait fréquemment et ne rapportait pas son salaire à la maison; les rapports conjugaux étaient rares durant l'ivresse. Pendant la *grossesse*, ces scènes ont continué; le père allait au cabaret jusqu'à deux ou trois heures du matin, et sa femme était obligée de l'accompagner. Quant à elle, pour la moindre raison elle se mettait en colère jusqu'à se rouler sous le lit. La *grossesse* a cependant été bonne. — L'*accouchement* a été assez rapide (4 heures), bien que la tête fut volumineuse. — A la *naissance*, pas d'*asphyxie*. Les yeux de l'enfant, dit la mère, n'étaient pas comme ceux des autres enfants; ils étaient presque verticaux (?), enfoncés dans les joues; il n'y avait pas de strabisme. La tête augmentait peu à peu de volume, ce dont la mère s'apercevait parce que les bonnets de l'enfant devenaient trop petits. Dans les six premiers mois, pas d'autre maladie qu'une ophthalmie à quinze jours. Alli... fut nourri au sein par sa mère jusqu'à six mois, puis élevé au biberon sur le conseil d'une sage-femme, qui déclara à la mère que l'enfant « devait avoir quelque chose dans la tête ».

A cet âge, sans cause connue, *convulsions* portant uniquement sur le *côté gauche*, et accompagnées de cris continuels. Ces accidents se sont reproduits trois ou quatre fois dans une même nuit. A la suite, pendant deux mois, l'enfant a cessé de se servir de son bras et de sa jambe gauches; cette *paralysie* a disparu peu à peu. A partir de ce moment, « les yeux sont revenus en place »; mais, vers sept mois, l'augmentation de volume de la tête s'est accrue davantage. Pas d'autres convulsions.

L'enfant est calme, ne pleure que quand on veut le pren-

dre; il « gazouille » depuis l'âge de 2 mois; il rit volontiers, moins cependant aujourd'hui que dans les mois précédents; il reconnaît son père et sa mère. Fonctions digestives bonnes; selles régulières. — Poids à l'entrée: 7 kil. 700. Taille: 0,78 cent.

Etat actuel (18 juin 1883). La tête est arrondie, très développée dans sa portion crânienne (voir plus loin le tableau des mensurations). Par la palpation, on reconnaît facilement les fontanelles, qui sont très grandes. La fontanelle antérieure commence presque immédiatement au-dessus de la racine du nez; à droite, un prolongement en forme de croissant vient rejoindre la fontanelle postérieure; à gauche, il y a soudure des os à 10 cent. 1/2 au-dessus de la racine du nez. — La fontanelle postérieure, très irrégulière, mesure 2 cent. 1/2 sur la ligne médiane, entre les pariétaux et l'occipital; à droite, elle se prolonge à 11 centimètres de l'articulation occipito-vertébrale, puis elle se rétrécit et se continue avec le prolongement de la fontanelle antérieure; à gauche comme en avant, la fontanelle est moins grande et limitée par la réunion des os. — Sur les parties latérales de la tête, petite fontanelle de 2 centimètres de côté. — Au sommet de la tête, le crâne offre une saillie convexe, où les os sont plus durs, paraissent plus épais que partout ailleurs (*hyperostose*), plus marquée à gauche de la ligne médiane.

Le front, de la racine du nez à la naissance des cheveux, mesure 7 centimètres: il est bombé, asymétrique, un peu plus saillant à droite. Les arcades sourcillières sont tout à fait déprimées et les yeux semblent excavés, surtout en haut; les paupières inférieures sont au contraire saillantes; légère blépharite. Habituellement, il existe du strabisme divergent, soit à droite, soit à gauche; on peut cependant arriver à rendre le regard direct. Iris gris bleuâtre. — Au-dessus de la racine du nez se voit une veine demi-circulaire à convexité supérieure, d'où partent des arborisations veineuses qui se répandent sur le crâne; trois d'entre elles sont plus importantes. — Le nez est petit, écrasé, presque aussi large à la racine qu'à la base. Les sillons naso-labiaux sont très accusés quand l'enfant pleure, et alors la commissure labiale droite paraît un peu plus entraînée dans ce sillon. La bouche est assez grande; les lèvres sont minces; les dents font encore défaut. — Les oreilles sont bien ourlées, le lobule est adhérent; la droite mesure 4 cent., la gauche 4 cent. 1/2.

Le cou est court: il a 24 cent. 1/2 de circonférence. Le

thorax est bien conformé, un peu bombé en avant; la *colonne vertébrale* est un peu déviée à la région dorsale et forme une convexité gauche. L'embonpoint est assez prononcé.

Les *membres supérieurs* sont réguliers, égaux : des deux côtés : 13 cent. $1/2$ de circonférence au niveau de l'aisselle, 12 $1/2$ au pli du coude et 8 $1/2$ au poignet.

Les *membres inférieurs* ne présentent à signaler qu'un peu d'incurvation des tibias; la circonférence de la cuisse au niveau du pli de l'aîne est de 22 cent. de chaque côté; elle est de 17 cent. au jarret et de 9 cent. $1/2$ au niveau des malléoles. — Pas de malformation des *organes génitaux*. Léger érythème des fesses.

L'enfant dort les paupières entr'ouvertes. Parfois, il a des *accès de cris*, rappelant ceux des enfants de son âge et que l'on attribue à des coliques, car l'application de cataplasmes sur le ventre les fait rapidement cesser. Il semble reconnaître les gens du service et sourit à leur approche. Chaque fois qu'on le remue pour l'asseoir ou pour le sortir du lit, sa tête tombe en arrière et il pousse des cris, indices de souffrance; il paraît cependant aimer la station assise, mais à la condition que la tête soit soutenue.

Aucune paralysie ni des bras, ni des jambes; le chatouillement est perçu sans exagération des réflexes; le phénomène du tendon est normal.

7 juillet. La saillie convexe notée au niveau de la suture interpariétale paraît s'accuser. En ce point, l'os paraît très résistant. Une grosse veine part de l'oreille droite et remonte en S sur la région temporale. — Légère desquamation épithéliale aux jambes et aux genoux. P. 116, régulier. — Pendant cet examen, l'enfant n'a cessé de pousser des cris un peu étouffés, mais non hydrencéphaliques; ces cris augmentent quand on lui relève la tête.

12 juillet. Diarrhée verdâtre. Eau de chaux; laudanum, 1 goutte. — La *température*, régulièrement prise matin et soir depuis l'entrée, s'est toujours maintenue et se maintient toujours autour de $37^{\circ},5$, sauf le 13 juillet au soir, où elle atteint 38° . La diarrhée a cessé le 16 juillet.

10 août. Hier, apparition d'une vingtaine de petites *bulles pemphigoïdes*, sans aucune élévation de la température (du 7 au 14 août, minim. 37° , maxim. $37^{\circ},8$). All... n'a plus de diarrhée; néanmoins, depuis quelque temps il pâlit.

17 août. L'enfant dépérit, ainsi que le montre la succession de ses poids; l'amaigrissement est général et porte même sur les diamètres transversaux de la tête. All... boit

deux litres de lait par jour, prend un peu de bouillie; il n'a pas de vomissements. La diarrhée a reparu il y a trois jours; selles fétides, vert sombre. Pas de toux; voix moins forte, plaintive. — *Conjonctivite* oculo-palpébrale avec alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Depuis le 14 (T. R. 37°,1 le matin, 37°,4 le soir) jusqu'à ce matin (17 août), on avait, par erreur, cessé de prendre la température. On la trouve aujourd'hui brusquement élevée, et cette élévation se maintiendra jusqu'à la mort, comme le montrent les chiffres ci-après. — Soir : T. R. 39°,9.

18 août. T. R. 38°,7. — Soir : 39°,5.

19 août. T. R. 38°,3. — Soir : 39°,4.

20 août. T. R. 39°. Coloration plombée de la face et des extrémités; exulcérations aux oreilles; excoriations des lèvres (surtout aux commissures) et de la langue, avec formation d'une pellicule blanchâtre simulant des plaques muqueuses. Pas une seule dent. Pas de muguet. Ventre ballonné; pas de vomissements; diarrhée verte; érythème et papules aux fesses. Rien à signaler du côté de l'appareil pulmonaire. On constate un peu de raideur dans les membres inférieurs, surtout dans le droit; cependant, l'enfant remue également les quatre membres quand on les chatouille; le phénomène du tendon rotulien est un peu plus marqué à gauche qu'à droite. — Soir : T. R. 39°.

21 août. L'enfant cesse de boire au biberon et ne prend plus de lait qu'à la cuiller. Conjonctivite et *kératite* doubles. T. R. 39°. — Soir : 39°,2.

22 août. T. R. 38°,9. — Soir : 39°,6.

23 août. L'enfant ne prend plus aucune nourriture; diarrhée peu abondante, mais selles fréquentes d'un jaune grisâtre. Depuis deux jours, il n'a plus la force de crier et ne se plaint même pas à voix basse. La figure est très pâle, les traits tirés, la bouche entr'ouverte; les lèvres sont couvertes de croûtes et de petites ulcérations. L'œil droit est complètement fondu; l'œil gauche présente un état louche de la cornée qui permet à peine d'apercevoir la pupille au-dessous; la cornée est conique et présente un peu à droite, au-dessous du centre, une ulcération arrondie de 3 millimètres de diamètre. La conjonctive est rouge non seulement par injection vasculaire, mais encore par suite de petites ecchymoses. (*Troubles trophiques.*)—*Contracture légère des membres*, qui se meuvent à peine; le bras droit est un peu plus raide que le gauche; la même différence ne s'observe pas aux membres inférieurs.

A l'auscultation, respiration faible; quelques râles dans

le poumon gauche. Les bruits du cœur s'entendent à peine. En appliquant le stéthoscope sur la poitrine et sur les membres, il produit une petite dépression circulaire qui met quelque temps à disparaître.

Le même jour, à six heures du soir, l'enfant meurt, sans que cette mort ait été précédée de convulsions ou de cris. Mais, une heure avant la mort, *la tête a commencé à diminuer sensiblement, les sutures non ossifiées se sont déprimées en gouttière*; la médio-frontale, en particulier, a une largeur de 3 centimètres; elle paraît comme creusée à la gouge entre les deux moitiés du frontal. En bas, elle va jusqu'à la racine du nez; en haut, elle se continue avec une dépression irrégulière qui représente la fontanelle antérieure. Le volume total de la tête est évidemment très inférieur à ce qu'il était le matin. La température rectale était ce matin de 39°,1; de 40°,1 à 5 heures du soir. Prise après la mort (6 heures), elle était de 39°,9 au bout d'un quart d'heure; de 39°,5 au bout d'une heure; de 37°,8 au bout de deux heures.

Nous avons réuni en un tableau les diverses *mensurations de la tête* de l'enfant, ainsi que la *succession de ses poids*, qui montre bien sa déchéance progressive.

	21 Mai.	18 Juin.	7 Juill.	17 Août.
	cent.	cent.	cent.	cent.
Circonférence horizontale au niveau de l'insertion des 2 oreilles.	54	51	54 1/3	51 1/2
La plus grande circonférence . . .	57 1/2	58 1/2	59 1/2	59 1/2
Demi-circonférence auriculo-bregmatique	40	40 1/2	40 1/2	42
De la racine du nez à l'articulation occipito-vertébrale	44	46	48 1/2	49
Diamètre bi-auriculaire	12	12	10 1/2	9 6
Diamètre transversal maximum .	16	17	17	16 1/2
Diamètre antéro-postérieur maximum	18 1/2	19	19	19 4

21 Mai, le poids était de	9 k. 700
23 Juin —	9 k. 400
7 Juillet —	9 k. 900
21 Juillet —	9 k. 100
28 Juillet —	8 k. 900
11 Août —	8 k. 700
18 Août —	8 k. 200
23 Août (après décès).	7 k. 800

AUTOPSIE le 25 août 1883. — Les viscères (poumons,
SOC. ANAT.

cœur (38 gr.), foie (280 gr.), rate (10 gr.), estomac, intestins, reins (40 gr. chacun), vessie) n'offrent rien à signaler si ce n'est le peu de coloration du myocarde et de la substance corticale des reins.

Tête. On enlève la calotte crânienne de façon à ce que le trait de scie s'approche le plus près possible du plan de la base du crâne. — Le liquide céphalo-rachidien, qui a été presque en totalité recueilli, pèse 1.650 grammes. — L'En-céphale pèse 860 gr.

La base du crâne est remarquablement aplatie; les fosses occipitales sont assez profondes et paraissent symétriques; mais les fosses sphénoïdales, quoique bien marquées, sont moins profondes qu'à l'état normal et leurs bords sont arrondis et mousses; les apophyses clinoides n'existent pas; la fosse pituitaire est absolument aplatie; les fosses sus-orbitaires sont effacées, et en avant d'elles les os frontaux ne se sont pas soudés sur la ligne médiane.

La calotte crânienne représente environ les $\frac{4}{5}$ d'une sphère irrégulière. Les bosses frontales et pariétales sont peu accusées; au sommet de la tête, sur la ligne médiane, se trouve une saillie arrondie. — La fontanelle antérieure a la forme d'un Y: la branche inférieure, représentée par la suture médio-frontale, est large de 3 ou 4 centimètres; la branche droite ne se prolonge qu'à 4 centimètres de la ligne médiane et les deux bords qui la limitent se rencontrent en formant un angle d'environ 40° ; la branche gauche est analogue à la droite, mais les os qui la limitent se prolongent par une suture non ossifiée, limitée en dehors par le frontal et le pariétal, en dedans par un os surnuméraire que nous décrirons plus loin. Cette suture, que l'on pourrait regarder comme la partie droite de la suture sagittale, était facilement appréciable pendant la vie; maintenant les os chevauchent les uns sur les autres à ce niveau et l'effacent. Cependant, en tendant la membrane suturale, on peut écarter les deux os de près d'un centimètre. Cette branche va rejoindre la fontanelle postérieure; son bord externe est formé par le frontal pour les $\frac{2}{3}$ antérieurs et par le pariétal pour le $\frac{1}{3}$ postérieur.

La fontanelle postérieure a la forme d'un triangle isocèle dont la base est tournée en haut et dont le sommet tronqué aboutit à l'angle supérieur de l'occipital. La base, longue de 9 centimètres, est formée par l'os surnuméraire, interfronto-pariétal; les autres côtés, assez irréguliers, formés par les pariétaux, ont environ 14 centimètres. L'angle inférieur est occupé par trois os wormiens ayant chacun un peu plus d'un centimètre carré de superficie, et quoique

indépendants, placés en contact les uns des autres et des os voisins. L'angle supérieur droit se prolonge avec la partie droite de la suture sagittale comme nous l'avons déjà indiqué; l'angle gauche se prolonge avec une suture membraneuse analogue mais très peu large, longue de cinq centimètres et allant jusqu'à la réunion des os frontal et pariétal.

En outre des trois os wormiens que nous venons de signaler, il en existe deux autres, allongés dans le sens antéro-postérieur et occupant la ligne médiane de l'aire de la fontanelle postérieure. Le plus élevé est blanchâtre, d'aspect cartilagineux; il a un cent. et demi de long sur un cent. de large. Immédiatement au-dessous se trouve le second, qui a 5 cent. de long sur 3 de large et qui présente les apparences d'une ossification plus avancée. Enfin, au-dessous de l'angle supérieur droit se trouve un triangle d'apparence cartilagineuse, de deux centimètres de long, dépendant du pariétal, mais dont la mobilité montre la réunion incomplète.

Les sutures fronto-pariétales ne sont pas ossifiées, mais à ce niveau les os sont contigus. À leur jonction avec les sutures qui représentent la sagittale dédoublée se voit une petite fontanelle. La suture lambdoïde est normale: en quelques points on remarque une disposition manifeste à la formation de dentelures. Quant aux sutures squameuses, on n'en découvre pas de traces; le temporal semble faire corps avec le pariétal sans aucune délimitation.

L'épaisseur des os du crâne est très faible; ils sont presque partout translucides, laissant voir çà et là des points opaques; cette opacité est surtout marquée au niveau de l'os fronto-pariétal où la voûte crânienne paraît avoir son maximum de solidité. — Les os ont une certaine élasticité que l'on constate aisément aux points où le trait de scie a divisé le temporal.

Le frontal, comme nous l'avons déjà indiqué, est double; il n'offre rien de bien particulier à signaler, sinon que son angle supérieur, déjeté latéralement, s'insinue entre l'os surnuméraire et le pariétal et qu'il est relativement aigu. — Les pariétaux, unis à la portion écailleuse du temporal font partie de la moitié postérieure du crâne; ils sont larges et minces, et ont environ 15 centimètres de dimensions antéro-postérieures. Leur bord antérieur est en rapport avec le frontal, le postérieur avec l'occipital; l'inférieur n'existe pas, puisqu'il est soudé au temporal; le supérieur est arrondi, convexe; son quart antérieur est en rapport avec l'os surnuméraire que nous appelons inter-fronto-

pariétal, ses $3/4$ postérieurs forment les côtés de la fontanelle postérieure. — L'écaille de l'*occipital* paraît peu développée relativement au reste de la voûte crânienne ; elle est d'aspect normal, sauf un point membraneux qui a persisté de chaque côté, à 4 centimètres de la ligne médiane, au niveau des fosses cérébelleuses.

Il ne nous reste plus à décrire que l'*os surnuméraire inter-fronto-pariétal*. Il occupe exactement le sommet du crâne ; il est à peu près régulièrement circulaire, et son centre est très saillant ; nous avons déjà signalé son épaisseur relativement considérable. Son diamètre est de plus de 15 centimètres si l'on suit sa courbure, et à peine de 13 centimètres si on ne la suit pas. Le centre en est nettement osseux ; la périphérie a un aspect blanchâtre qui rappelle le cartilage. Libre en avant et en arrière où il limite les fontanelles, il l'est encore du côté droit ; à gauche, il est libre dans le tiers postérieur (au niveau du pariétal), mais non dans les $2/3$ antérieurs où il est presque complètement uni au frontal dont il semble une dépendance.

En examinant la boîte crânienne par sa face interne, on voit la *dure-mère* peu épaisse, très transparente, laissant apercevoir l'arbre artériel de la *méningée moyenne*. — La *faux du cerveau* est très peu développée, surtout dans sa moitié antérieure où elle n'a pas plus d'un centimètre de hauteur ; en arrière, au niveau de l'angle supérieur de l'*occipital*, elle se bifurque pour se continuer avec la tente du *cervelet* qui forme une sorte de cul-de-sac médian assez aigu, dont le sommet se dirige en haut et s'élève à 5 centimètres au-dessus du plan des parties latérales. — La *faux du cervelet* n'est pas appréciable.

Une *veine* du volume d'une plume de corbeau provenant de la surface de l'hémisphère cérébral gauche et aboutissant au *sinus latéral* du même côté est *oblitérée* par une *thrombose* ainsi que ce *sinus*. (Fig. 2, v, v).

De chaque côté de la *faux du cerveau* se trouve une membrane qui cloisonne la cavité crânienne de la même façon que cette faux. Ces membranes s'écartent de la ligne médiane au niveau de la partie supérieure de la fontanelle antérieure et viennent se réunir à la tente du *cervelet* à 4 ou 5 centimètres de la bifurcation de la faux du cerveau. La *poche* qu'elles circonscrivaient atteint 8 à 10 centimètres de large à droite, et seulement 6 à 7 à gauche. Ces membranes sont minces, transparentes, peu résistantes ; à leur voisinage, la *dure-mère* paraît saine, non épaissie. Elles paraissent formées par le feuillet arachnoïdien viscéral qui, accolé au feuillet pariétal, s'en détacherait un peu plus

loin. Ce qui paraît confirmer cette apparence, c'est que : 1° en certains points il est facile de séparer cette membrane de la dure-mère qui semble alors se dédoubler ; 2° tandis que tout le reste de la membrane qui tapisse la cavité crânienne est lisse, unie, sans prolongement de tissu conjonctif, comme la dure-mère normale, au niveau de la poche ainsi circonscrite, cette membrane présente quelques prolongements de tissu conjonctif et forme quelques aréoles analogues à celles du tissu cellulaire insufflé ; 3° cette poche a été trouvée pleine d'un liquide séreux, en tout analogue au liquide céphalo-rachidien avec lequel il paraissait communiquer ; nous devons dire toutefois que, au palper, cette collection donnait la sensation d'un kyste.

En enlevant à la fois la calotte crânienne que nous venons de décrire et le cerveau, on trouve ce dernier nageant dans le *liquide céphalo-rachidien*. En avant, l'extrémité antérieure vient presque au contact des os frontaux ; en arrière, l'extrémité occipitale est assez éloignée de la paroi crânienne. En introduisant la main entre le crâne et le cerveau on constate que celui-ci est comme refoulé en bas et en arrière par une sorte de kyste (la poche décrite ci-dessus) dont on déchire les parois qui s'implantent sur la dure-mère. En palpant la surface du cerveau on la sent se déprimer comme une paroi kystique peu tendue ; on obtient la sensation que l'on aurait en déprimant légèrement la paroi d'un petit ballon de caoutchouc crevé.

Cerveau. — Le cerveau, par suite de la distension de ses parois par le liquide céphalo-rachidien, a une surface très grande ; il est tellement dilaté et ses parois sont tellement amincies que lorsqu'on veut le transvaser du crâne dans une cuvette pour l'examiner, il se rompt dans toute la longueur du corps calleux, quelles que soient les précautions que l'on ait prises dans cette opération. Le cerveau se présente alors sous l'aspect d'une vaste poche formée par la dilatation extrême des ventricules latéraux, et largement ouverte en haut sur la ligne médiane. Cette poche a environ 15 centimètres de longueur ; les parois en sont formées par l'écorce cérébrale très amincie.

On ne retrouve comme vestiges du *corps calleux* que de petits ponts purement membraneux, en avant et à la partie moyenne ; tout à fait en arrière, il a 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Il est également à peu près impossible de retrouver le *trigone* ; le *ventricule moyen* un peu dilaté s'ouvre dans les ventricules latéraux et semble ne former avec eux qu'une seule cavité. — Le *septum lucidum* est cependant bien reconnaissable. Détaché de son insertion supé-

rière par l'ouverture accidentelle du cerveau, il a la forme d'un triangle allongé à base postérieure, effilé en avant; il s'étend depuis la partie antérieure des ventricules latéraux jusqu'à la partie antérieure du ventricule moyen, mince et très transparent en avant, il est plus épais en arrière. (Fig. 2, C L).

Les *circonvolutions cérébrales* des faces interne et externe sont très multipliées, aplaties, déformées à un tel point qu'elles sont méconnaissables et qu'on ne peut leur appliquer la nomenclature ordinaire. Cependant, il est aisé de voir que la *scissure de Sylvius* naît plus près de l'extrémité postérieure qu'à l'état normal et qu'au lieu de se diriger en arrière et en haut, elle se porte en avant et en haut. Les deux lèvres de la scissure, aussi bien à droite qu'à gauche, sont accolées. (Fig. 1 et 2, S S).

A la base du cerveau la région de l'hexagone de Willis se trouve à peu près à l'union du 1/3 postérieur de l'encéphale (cervelet compris) avec les 2/3 antérieurs. Ces 2/3 antérieurs sont constitués par l'accollement des deux lobes frontaux qui viennent au contact l'un de l'autre sur une longueur de 11 centimètres et sur une hauteur de plus de 2 cent. En un mot, il semble que la substance des hémisphères ait été, comme le cerveau tout entier, refoulée en bas et en avant. Au niveau de l'hexagone, nous devons signaler : 1° la minceur extrême de l'espace interdonculaire au niveau duquel le sommet du ventricule moyen est réduit à une simple toile membraneuse et transparente; — 2° l'amincissement et l'élargissement des bandelettes optiques; — 3° l'absence apparente des tubercules mamillaires; — 4° l'aplatissement des pédoncules cérébraux qui sont d'ailleurs symétriques. — Quant aux *nerfs* et aux *artères* de la base, ils ne nous ont paru présenter rien de particulier.

A la partie postérieure du bord supérieur de l'hémisphère cérébral gauche, dans la région qui correspond au lobe carré, la *substance cérébrale* est indurée et forme un noyau volumineux au niveau duquel les circonvolutions paraissent plus larges que dans le reste du cerveau. La *pie-mère*, par transparence, montre là un *foyer hémorrhagique*, avec du sang coagulé au centre, se continuant à la périphérie par une dégradation insensible (Fig. 1 et 2, fh). L'ensemble du foyer a 8 cent. de long et envahit les deux faces (interne et externe). En pratiquant, en ce point, une section, on trouve qu'elle a à peu près la consistance du tissu hépatique. Toute l'épaisseur de l'écorce cérébrale est envahie par du sang plutôt infiltré que collecté en foyer. Ce-

pendant, à un centimètre environ de la surface, on voit une strie sanguine plus foncée indiquant une sorte de *foyer en nappe*. Une veine du calibre d'une petite plume est obturée par un *caillot*. Elle part de la partie inférieure et antérieure de la face interne du côté gauche; elle se dirige le long de cette face en passant au milieu de la surface du foyer; elle gagne ainsi la partie postérieure du bord supérieur du cerveau, s'incline en bas et va se jeter dans le sinus latéral gauche ainsi que nous l'avons vu à la description du crâne. Les veines afférentes au niveau du foyer hémorragique sont également thrombosées. (*Fig. 2, vv*).

Le *cervelet* pèse 140 gr.; ses hémisphères sont égaux. — La *protubérance* est bombée, assez dure; sa moitié droite est un peu moins haute que la gauche. — Les parties qui constituent le *bulbe* sont presque tout à fait confondues; les *pyramides antérieures* ont une apparence rubanée; — les *olives*, assez grosses, se confondent avec le reste du bulbe. — Le collet du bulbe, plus accusé que d'habitude, semble étrangler la *moelle* qui est peu volumineuse.

Au niveau de la partie antérieure de la face supérieure du *cervelet*, il y a des adhérences entre la surface de ce dernier et la toile membraneuse, vestige du corps calleux.

La *pie-mère* paraît s'enlever partout avec facilité; elle a été laissée en place pour augmenter la résistance de l'écorce cérébrale, et à cause des particularités qu'elle présentait au niveau du corps calleux.

Après cet examen très difficile, ainsi que c'est la règle en pareil cas, l'encéphale a été mis dans l'alcool. Le durcissement s'est opéré assez imparfaitement, aussi le dernier examen, dont nous allons indiquer les résultats, a-t-il été lui-même très laborieux. La décortication de la *pie-mère*, même après cette macération, se fait difficilement, en raison de la ténuité de cette membrane. Il s'ensuit que, par places, on entraîne des lambeaux assez larges de la substance cérébrale.

La face orbitaire des deux lobes frontaux est confondue avec la face convexe et, comme nous le dirons tout à l'heure, la face interne est extrêmement réduite.

Hémisphère gauche. Face inférieure. — Toutes les circonvolutions du lobe frontal (*fig. 1, L F.*) se dirigent d'avant en arrière vers la lèvre antérieure de la scissure de Sylvius, S S, au niveau de laquelle elles s'enfoncent verticalement. Toutes ces circonvolutions sont assez sinueuses et ont des bords un peu rectangulaires; elles présentent quelques plis de passage. A son origine, la scissure de

Sylvius est séparée de la scissure inter-hémisphérique par un intervalle de trois centimètres, de telle sorte que le lobe frontal est en forme de pointe arrondie.

En arrière de la scissure de Sylvius, entre elle et le bord externe de l'hémisphère cérébelleux, existent six circonvolutions qui convergent toutes vers la lèvre postérieure de la scissure de Sylvius et qui forment deux groupes (L M, L P). Un sillon assez profond, s s, sépare les deux groupes,

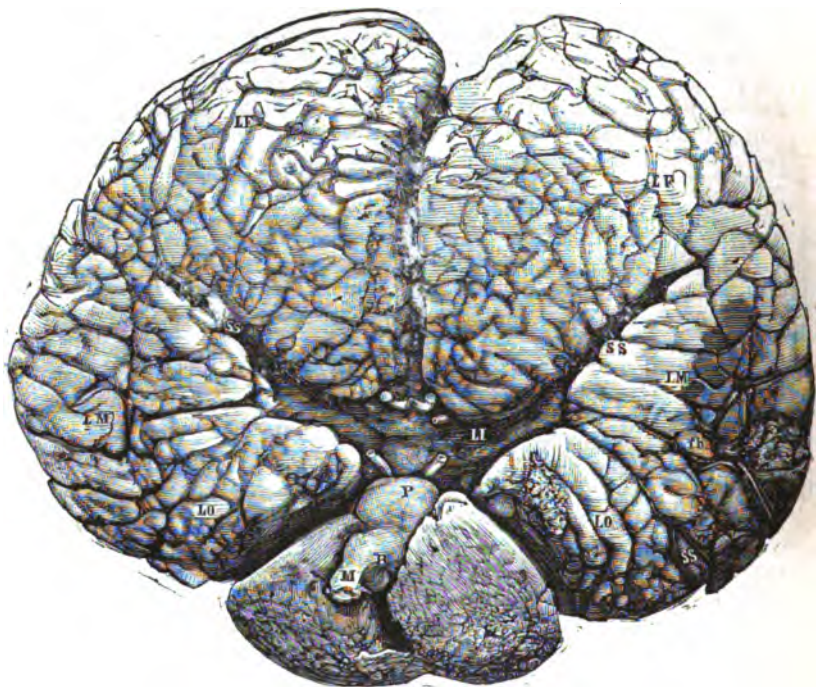


Fig. 1. — L F, lobe frontal. — L M, lobe moyen. — L O, lobe occipital. — S S, scissure de Sylvius. — L I, lobule de l'insula. — P, protubérance. — B, bulbe. — M, moelle. — s s, scissure qui sépare L M de L O. — f h, indique le foyer hémorragique placé en dehors. :

tandis que les circonvolutions qui constituent chaque groupe sont superficiels.

Hémisphère droit. Face inférieure. — Elle offre la même disposition que la face correspondante de l'hémisphère

gauche, ainsi qu'on peut aisément s'en rendre compte en comparant les deux moitiés de la *fig. 2*. Toutefois nous devons faire remarquer que, tandis qu'à gauche le groupe L P est plus petit que le groupe L M, on observe, à droite, une disposition inverse.

Des deux côtés, le *lobule de l'insula*, L I, est aplati,

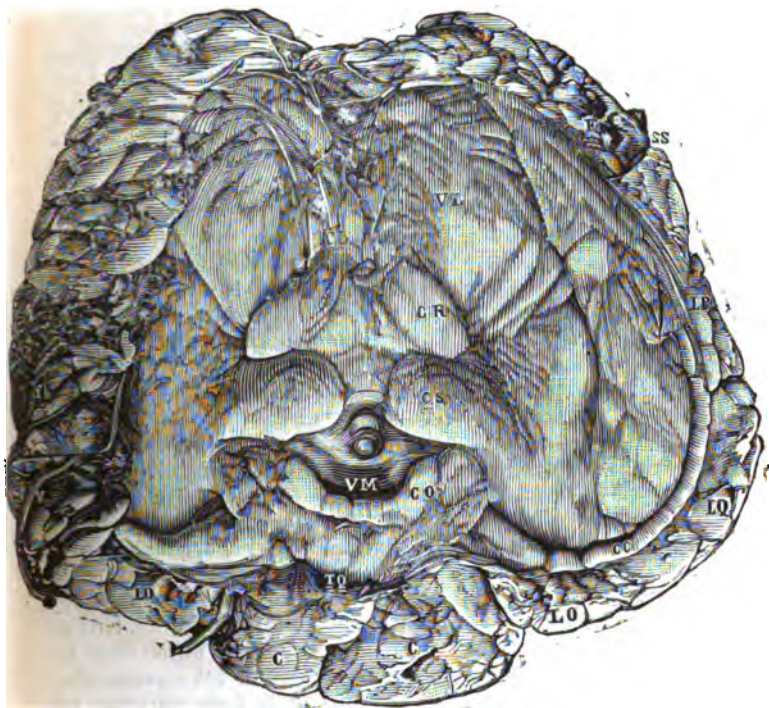


Fig. 2. — VL, ventricule latéral. — CL, cloison transparente. — CR, circonvolution retournée. — CS, corps strié. — CO, couche optique. — VM, ventricule moyen. — TQ, tubercules quadrijumeaux. — C, cervelet. — F, première circonvolution frontale. — ss, scissure. — LP, lobe paracentral. — LQ, lobe carré. — CC, corps calleux. — LO, lobe occipital. — fh, foyer hémorragique.

(Cette figure et la précédente sont de demi-grandeur naturelle).

très irrégulier. Des deux côtés aussi, les circonvolutions sont tassées, accolées; les sillons ressemblent par conséquent à des lignes; sauf sur les lobes frontaux où un certain nombre de sillons sont sinueux, la plupart des autres

sont rectilignes. Lorsqu'on les écarte, on s'aperçoit qu'ils sont assez profonds. Malgré un séjour prolongé dans l'alcool, les circonvolutions ont conservé une très grande mollesse, la plus légère pression suffit pour entraîner la couche superficielle. Ce défaut de consistance établit un contraste frappant avec les lobules de l'insula (L I) qui sont résistants et surtout avec la *protubérance* et le *bulbe* qui sont très durs.

Nous allons décrire maintenant la *face convexe* que nous n'avons pu faire dessiner, et nous commencerons par l'*hémisphère droit*, où l'on observe les particularités les plus intéressantes.

Hémisphère droit. — Les circonvolutions qui répondent au lobe frontal se dirigent horizontalement (l'une d'elles est assez volumineuse et assez épaisse) ; — celles qui répondent au lobe moyen (L M) se dirigent, les antérieures, obliquement en avant, les postérieures verticalement ; les premières sont très amincies, presque réduites à l'état de membrane semi-transparente ; les secondes sont relativement assez épaisses. — Enfin, les circonvolutions qui répondent au lobe postérieur de la face inférieure (L P) se dirigent, les plus antérieures verticalement, les postérieures obliquement d'avant en arrière.

Il ressort de cette description que les circonvolutions de la face convexe se développent en forme d'éventail, dont la scissure de Sylvius formerait le manche. — Les *circonvolutions* sont assez sinueuses, mais très élargies et les sillons, au lieu d'être réduits, comme à la base, à de simples lignes, sont, au contraire, très agrandis surtout dans la partie moyenne des deux tiers antérieurs de la face convexe ; en arrière, les sillons sont peu larges, mais profonds. Enfin, le long des deux tiers antérieurs du bord supérieur de l'hémisphère, les sillons sont si effacés et les circonvolutions si aplaties, que cette région de la face convexe est presque unie.

Hémisphère gauche. — D'une façon générale, les circonvolutions ont la même disposition en éventail ; mais elles sont beaucoup moins élargies et ont conservé une épaisseur que l'on peut évaluer à deux ou trois fois celle des circonvolutions correspondantes de l'hémisphère droit.

Nous arrivons maintenant à la description de la *face interne*.

Hémisphère droit. — On voit d'abord une circonvolution large, amincie, divisée en trois parties par deux larges

sillons et qui paraît répondre à la fois à la première circonvolution frontale et à la circonvolution du corps calleux (fig. 2, F.). — Nous n'avons pas trouvé d'indice du *sillon calloso-marginal*, à moins que l'on ne regarde comme tel, le second sillon vertical (fig. 2, ss.); dans cette hypothèse, la seconde partie de la circonvolution que nous venons de décrire correspondrait à la circonvolution du corps calleux.

En arrière existe une circonvolution allongée, aplatie, sans sillon, qui est peut-être le *lobe paracentral* (fig. 2, L P). Viennent ensuite des circonvolutions moins unies, plus bombées et un peu plus épaisses et sillonnées (L Q) qui semblent répondre au lobe *carré* et au *coin*. — Quant au *lobe occipital* (L O), il est assez épais et paraît faire suite à la région L P de la face inférieure. — La hauteur de la face interne varie entre un et deux centimètres.

Hémisphère gauche. — Les circonvolutions de la face interne sont ici notablement plus épaisses et plus sinueuses. Il est possible d'y distinguer la première frontale et la circonvolution du corps calleux dont la direction est modifiée (fig. 2). Les circonvolutions de la région moyenne sont encore plus épaisses; c'est là que siège le *foyer hémorrhagique* (f h) dont il a été question plus haut et que l'on voit sillonné par la *veine thrombosée* (v.v.).

La pie-mère est restée adhérente. A l'état frais, il a été impossible de la détacher et, après macération dans l'alcool, lorsque nous avons essayé de nouveau de l'enlever, malgré les précautions les plus minutieuses, nous avons entraîné un fragment de l'hémisphère (5 à 6 centimètres de long sur 2 à 3 de haut). — La face interne mesure en avant deux centimètres; à la partie moyenne, trois centimètres et tout à fait en arrière près de deux centimètres.

Voici quelques mensurations qui montrent encore mieux le degré de distension subie par les hémisphères :

<i>Epaisseur.</i>	<i>A droite.</i>	<i>A gauche.</i>
—	—	—
Au niveau de la corne frontale des ventricules latéraux . .	11 mm.	16 mm.
— de la partie moyenne . .	2 —	24 —
— de l'extrémité occipitale des ventricules latéraux	16 —	20 —

Nous avons dit que lors de l'extraction de l'encéphale de la boîte crânienne, le corps calleux s'était rompu, mettant

à découvert les ventricules latéraux : la figure 2 représente le cerveau dans cette situation.

Nous n'avons pas à revenir sur le *corps calleux* (C C), ni sur la *cloison* (C L).

La *paroi ventriculaire*, d'un côté comme de l'autre, est uniformément blanche, présente des sillons superficiels sur la paroi inférieure et des plis assez rapprochés sur la région convexe et supérieure. On trouve : 1° sur la ligne médiane la *cloison* (C L), puis une dépression infundibuliforme (*ventricule moyen*, V M); 2° de chaque côté de la ligne médiane, trois saillies : a) la plus antérieure, la plus volumineuse semble correspondre à la partie antérieure du lobule de l'insula, faisant hernie (C R); — b) la seconde saillie nous paraît être le *corps strié* (C S); — c) la troisième, rendue moins nette par des débris des plexus choroïdes, est formée par la couche optique (C O).

Quant à la cavité V M., elle est limitée en avant par la cloison, C L, sur les côtés par les corps opto-striés C S, C O.

En arrière de cette cavité on distingue, un peu confusément sur la figure, les *tubercules quadrijumeaux*, T Q, qui sont élargis et en partie confondus.

La *colonne vertébrale* qui n'a pu être conservée ne paraissait présenter rien d'anormal. — Les os des membres, du thorax, etc., ne portaient aucune marque de *rachitisme*; toutefois nous devons mentionner l'existence, le long du quart inférieur du bord externe du cubitus droit, d'une *exostose* d'un centimètre de hauteur, sur cinq millimètres de largeur et deux d'épaisseur.

I. *L'étiologie* de l'hydrocéphalie est encore très vague. Ici, de même que dans beaucoup d'autres maladies nerveuses, nous pouvons relever : du côté paternel, l'*alcoolisme*; du côté maternel, la *migraine*, l'*insuffisance mentale*, les *convulsions* (p. 27).

II. Dès la naissance, on a remarqué le volume anormal de la tête de l'enfant. Durant les six premiers mois de la vie, la tête a grossi progressivement, mais avec une certaine lenteur. A cette époque surviennent des *convulsions* intéressant uniquement la moitié gauche du corps et suivies d'une *paralysie* transitoire affectant le même côté. Après ces accidents convulsifs, la tête augmente rapidement. Enfin, pendant le séjour de l'enfant dans le service,

des mensurations comparatives nous ont permis de constater un accroissement continu de l'extrémité céphalique, portant principalement sur la plus grande circonférence, la demi-circonférence auriculo-bregmatique et sur la demi-circonférence antéro-postérieure. Si quelques dimensions ont paru diminuer quelques jours avant la mort, ce résultat est attribuable à l'amaigrissement. Comme on le voit, l'hydrocéphalie a eu une *marche progressive*, avec accélération à la suite des convulsions. On sait que, parfois, elle offre des intermittences.

L'*aspect général* de la tête et de la face, considéré isolément ou par rapport au reste du corps, n'a offert rien de particulier : il est conforme à la description classique.

L'*intelligence* n'était pas tout à fait abolie ; l'enfant reconnaissait ses parents et les infirmières qui le soignaient ; il gazouillait et souriait.

Si l'on en jugeait par cette observation, l'hydrocéphalie retarderait la *dentition*, puisqu'à 13 mois, All. n'avait aucune dent ; mais ce serait sans doute s'aventurer, car M. Bouchut parle d'un hydrocéphale âgé de deux ans qui avait douze dents saines et huit autres prêtes à percer (1).

Les *membres* et le *tronc* avaient d'ailleurs une conformation régulière ; il n'y avait ici ni bec de lièvre, ni pieds bots, ni *spina bifida* comme l'un de nous en a vu plusieurs exemples à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. Giraldès (2).

Après avoir un peu diminué de poids, par suite sans doute du changement occasionné par le séjour à l'hospice, All. semblait devoir se développer ; mais, à partir du 21 juillet, il pesa de moins en moins et perdit en 32 jours 1300 grammes.

Parallèlement à cet amaigrissement, se produisent des troubles trophiques, d'abord du *pemphigus* à petites bulles, puis une double *kératite* avec fonte purulente rapide des

(1) *Clinique de l'hôpital des Enfants malades*, 1884, p. 23.

(2) Frank (*loc. cit.*, p. 528) énumère encore d'autres malformations : l'absence des yeux et des reins, la présence de capsules surrénales d'un très grand volume, la séparation des parois abdominales et la brièveté des membres inférieurs, les os, excepté les vertèbres, à l'état cartilagineux, les reins changés en une masse informe l'absence d'anus, etc.

yeux (1), peut-être susceptible d'être rattachée, dans une certaine mesure, à l'hémorragie méningo-encéphalique, accompagnée de contracture, d'élévation de la température, etc. Cette complication a-t-elle été déjà signalée ? Nous ne savons. Toutefois, Barthéz et Rilliet disent avoir « constaté des épanchements sanguins dans la cavité arachnoidienne (2) ».

Il est une autre particularité qui mérite d'être relevée. Divers auteurs font remarquer que, assez souvent, après la mort, il se produit une dépression des fontanelles. Or, dans ce cas, la dépression s'est opérée avant la mort et a été très accusée.

III. a) Les os du crâne, suivant la règle, étaient très minces, quelques-uns presque transparents. Mais, en plus des os qui composent régulièrement la voûte du crâne, il existait plusieurs os surnuméraires. C'est sans doute de ces os qu'a voulu parler Frank lorsqu'il écrit que « l'examen cadavérique a fait voir... des os sésamoïdes (3), surtout dans le trajet de la suture lambdoïde (4), et à son sommet (5), quelquefois dans la fontanelle antérieure. » Le principal de ces os surnuméraires, celui que nous avons décrit sous le nom d'os *inter-fronto-pariétal*, situé sur le trajet de la suture lambdoïde, avait de grandes dimensions et une épaisseur de sept millimètres. Parce dernier caractère, cet os se distingue des autres et il permet de se rendre compte de ce qui arrive dans des cas, d'ailleurs exceptionnels, où l'on trouve sur le crâne des bosses frontales ou pariétales très saillantes, ce qui est dû en partie à l'épaississement

(1) Barrier cite un cas dans lequel il a noté peu de temps avant la mort « une ophthalmie purulente très grande, qui entraîna en très peu de jours la fonte des globes oculaires. » (*Traité pratique des maladies de l'enfance*, 3^e édit., t. II, p. 462).

(2) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 2^e édit., 1861, t. II, p. 172.

(3) Sandifort (*Museum anatom.*, lib. II, cap. 1) ; Blumenbach (*Geschichte der Knochen*, p. 180) et Meckel (*loc. cit.*, p. 293), soupçonnent que la présence de ces os tient à une hydrocéphale (Frank, *Traité de pathologie interne*, t. II, p. 534.)

(4) Blumenbach, *loc. cit.*, p. 175. — Sommering, *Knochenlehre*, p. 230 (Frank, *ibid.*)

(5) Meckel, *loc. cit.*, p. 318 (Frank, *ibid.*).

des os (1). Il peut arriver aussi, d'après Barthez et Rilliet que « les os du crâne acquièrent une épaisseur inaccoutumée destinée à résister à la pression qui s'exerçait sur eux (*loc. cit.*, p. 157). » Si l'épaississement se fait d'une façon irrégulière, il en résulte une asymétrie plus ou moins prononcée du crâne.

b) Quant aux *dimensions de la tête*, elles n'avaient encore rien d'exagéré chez All.. La plus grande circonférence n'a pas dépassé 59 centimètres et demi. Barthez et Rilliet disent qu'ils ont vu « un enfant de 14 mois dont le crâne avait 58 centimètres de circonférence, 38 depuis la protubérance occipitale externe jusqu'à la racine du nez, et 33 entre la racine des deux oreilles (*loc. cit.*, p. 157). Plus loin (p. 162) ils rapportent l'observation d'un autre enfant dont la circonférence de la tête était de 58 centimètres ; la distance de la pointe du nez à la base occipitale 41 cent.; celle d'une oreille à l'autre, 37 centimètres. Dans certains cas extrêmes isolés, dit Steiner (2), la circonférence du crâne atteint 60 à 70 centimètres ; chez un enfant de neuf mois, elle était de 83 centimètres : tandis que la longueur de son corps ne dépassait pas 58 centimètres, la hauteur céphalique mesurait 19 centimètres et demi. »

M. Giraudeau a cité, d'après Bright, le fait d'un hydrocéphale, nommé Cardinal, mort à 24 ans, dont la tête avait 86 centimètres et demi de circonférence (3). Il ajoute avoir vu au musée de l'hôpital Saint-Georges, à Londres, la tête d'un hydrocéphale décédé à 7 mois, et chez lequel la plus grande circonférence était de 81 centimètres.

c) L'*hydrocéphalie* peut être, on le sait, *aiguë* ou *chronique*, *idiopathique* ou *symptomatique*, *acquise* ou *congénitale*. Dans le cas actuel, il s'agissait d'une *hydrocéphalie idiopathique, congénitale et chronique*. Cette forme offre elle-même des variétés : tantôt le liquide est collecté entre la dure-mère et l'arachnoïde, pour ainsi dire enkysté ; — tantôt il est renfermé dans la grande cavité de

(1) Sandifort, *loc. cit.*, tab. 7. (Frank, *ibid.*)

(2) Steiner. — *Compendium des maladies des enfants*, etc. remanié et augmenté par L. Fleischmann et M. Herz, trad. Kéraval. Paris, 1880, p. 101.

(3) *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants* rec. par Bourneville, E. Bourgeois et Bouteiller, p. 13.

l'arachnoïde; — tantôt il est contenu dans les ventricules. Parfois, chez le même sujet, on trouve une collection abondante de liquide et dans la cavité arachnoïdienne et dans les ventricules.

Ici l'hydrocéphalie était à la fois ventriculaire et arachnoïdienne. Les détails consignés dans le procès-verbal de l'autopsie nous dispensent d'insister de nouveau sur ce point. Nous rappellerons seulement que, dans la cavité arachnoïdienne, une partie du liquide était *enkystée* entre la dure-mère et l'arachnoïde, croyons-nous; par conséquent, ils s'agissait là, — mais partiellement, — d'une *hydrocéphalie externe*, pour employer l'expression de Steiner. C'est sans doute à cette disposition qu'il est fait allusion par Blache et Guersant quand ils disent que « dans quelques cas, les liquides sont accumulés dans des espèces de kystes (1). »

Mais il est une autre particularité que nous devons relever : c'est que l'hydrocéphalie n'avait pas déterminé une dilatation uniforme, non seulement par rapport aux deux moitiés de l'encéphale, mais encore par rapport aux diverses régions de chacun des ventricules latéraux. Nous avons vu, en effet, que la *poche kystique* était beaucoup plus grande à droite qu'à gauche et que le *ventricule latéral droit* était, lui aussi, notablement plus large que le gauche. Enfin, la dilatation des ventricules latéraux considérée en elle-même était inégale puisqu'elle intéressait, à un degré bien plus prononcé, la corne frontale que les cornes temporale et occipitale, c'est cette inégalité de dilatation qui explique les variétés d'asymétrie que présente le crâne des hydrocéphales.

d) Le liquide, renfermé dans la cavité crânienne, recueilli avec soin, pesait 1650 gr. sans compter la quantité qui s'était résorbée durant l'agonie.

Barthéz et Rilliet ont trouvé dans l'hydrocéphalie ventriculaire 250, 500, quelquefois plus de 1000 gr. de liquide. La quantité serait à peu près la même dans l'hydrocéphalie arachnoïdienne; le chiffre maximum qu'ils indiquent est 1 kilogramme 1/2 (*loc. cit.*, p. 165). D'après Steiner (*loc. cit.*, p. 103), elle varierait entre 4 à 6 onces et 6 à 7 li-

(1) *Extraits de pathologie infantile*, publiés par R. Blache, 1883, p. 241.

vres. M. Bouchut écrit que l'on a vu la quantité de liquide atteindre le chiffre énorme de 20 à 25 litres (*loc. cit.*, p. 27). Frank (*loc. cit.*, p. 534) mentionne un cas dans lequel le cerveau était remplacé par une poche renfermant 50 livres de sérosité (1).

c) L'analyse du *liquide céphalo-rachidien* a été pratiquée par notre ami Yvon qui nous a remis la note suivante :

*Analyse du liquide céphalo-rachidien. Composition
pour 1,000 gr.*

Volume, 1,630 cc.

Couleur jaune rosé.

Aspect légèrement trouble, s'éclaircit à peu près entièrement par le repos.

Dépôt floconneux peu abondant et de couleur rose.

Odeur peu accentuée.

Consistance très légèrement visqueuse.

Réaction nulle au moment de l'examen.

Densité 1008.	
Matières organiques	6 gr. 000
— minérales	9 100
Total des substances fixes. . .	15 100
Albumine coagulable.	0 900
Albumine totale.	2 040
Matériaux azotés exprimés en	
urée.	2 800
Matières grasses.	0 120
Acide phosphorique	1 291
Acide sulfurique	0 117
Chaux.	0 089
Chlorure de sodium	994 gr. 900

Examen microscopique.	{	Quelques leucocytes et globules gras.
		Nombreuses hématies.
		Bactéries abondantes.

(Les hématies doivent provenir du sang de l'autopsie).

Marcet (*Medico-chirurgical Transactions*, 1813, vol. II) a trouvé pour 1000 : eau, 990, 80 ; matière animale, 1,12 ;

(1) Lechel apud Meckel, *loc. cit.* et Haller ex Spoerlino in *Opusc. anat.*, note 8 (Frank, *loc. cit.*, p. 534, note 80). A la page suivante, note 109, il cite d'autres faits : sept livres, Dixon. — Neuf livres deux onces et demie, Hartell. — 18 et 20 livres, Auriville et Buttner. — L'hydrocéphale du musée de Cruikshank avait environ 27 livres de sérosité.

muriate de soude, 6,64 ; carbonate de soude, 1,24 ; phosphates de chaux, de magnésie et de fer, 0,20.

Dans un cas relaté par Barthez et Rilliet (*loc. cit.*, p. 165), M. Morin « a constaté que le liquide extrait par la ponction ne contenait que des traces d'albumine, mais il renfermait une quantité notable de matière gélatiniforme ; une autre matière qui rendait la liqueur un peu visqueuse, très peu de phosphate alcalin, et beaucoup de chlorure de potassium et de sodium. Il n'y avait point de chaux. La liqueur était neutre et ne se putréfiait pas facilement. »

Hilger aurait trouvé 0,246 pour 100 d'albumine, des sels en faibles proportions, particulièrement des sels de soude et une matière organique peu différente de la leucine (1).

IV. Il serait tout à fait superflu de revenir sur la distension subie par les *circonvolutions cérébrales*, sur la disparition presque complète du *centre ovale*, l'amincissement du *corps calleux*, l'agrandissement des *sillons* au niveau de la face convexe des hémisphères, l'élargissement du lobule de l'insula, la singulière disposition des *corps optostriés*, etc., nous ne pourrions que répéter ce que nous avons déjà dit.

V. Dans ce cas, le *diagnostic* de l'*hydrocéphalie* n'offrait aucune difficulté. Parfois, mais nous croyons que c'est là une circonstance assez rare, il n'en est pas tout à fait de même. C'est pourquoi la plupart des auteurs établissent un parallèle entre cette maladie, le *rachitisme du crâne*, l'*hypertrophie du cerveau*, et surtout l'*encéphalocèle* et la *méningocèle* (2). Ici, il était impossible de confondre l'*hydrocéphalie* avec le *rachitisme du crâne* ; cette confusion est possible lorsque, l'*hydrocéphale* ayant survécu, les sutures se sont fermées et nous aurons sans doute un jour l'occasion, à propos de l'un de nos malades, d'examiner ce point particulier (3). Nous laisserons aussi de côté l'*hy-*

(1) *Nouveau Diction. de méd. et de chir. prat.*, tome XIII, art. Encéphale, p. 157 ; Paris, 1870.

(2) Voir sur ce sujet : Giraudeau. — *Leçons sur les maladies chirurgicales des enfants*, pages 19, 244, 368.

(3) Il va de soi que, dans les cas d'*hydrocéphalie* chronique avec ossification des fontanelles et des sutures, ainsi que cela existe chez les *hydrocéphales* âgés, il n'y a pas de confusion possible avec l'*encéphalocèle*.

pertrophie du cerveau afin de ne pas étendre démesurément ces commentaires et nous n'insisterons que sur l'*encéphalocèle*.

On sait que l'*encéphalocèle* est une tumeur constituée par un contenant — membranes cutanées et encéphaliques — et par un contenu — portion herniée du cerveau et sérosité. On sait également que la *méninocèle* n'en diffère que par son contenu, composé de la sérosité seule. L'*encéphalocèle* et la *méninocèle*, d'ordinaire circonscrites, se distinguent avec facilité de l'*hydrocéphalie* généralisée; mais l'erreur peut être commise si l'*hydrocéphalie* prédomine d'un côté du cerveau ou surtout si elle n'intéresse que l'une des cornes ventriculaires. Alors on s'appuiera sur les différences suivantes :

Encéphalocèle.

Siège le plus fréquent à la région occipitale (53 fois sur 75.)

Tumeur circonscrite.

Bourrelet osseux, irrégulier; se développe en dehors des fontanelles et des sutures, « par une trouée des os du crâne (Giraldès). »

Réductible par la compression. Parfois la peau est recouverte d'un tissu érectile.

Tumeur assez souvent bilobée et quelquefois pédiculée,

Hydrocéphalie.

Le plus souvent générale; exceptionnellement bornée à la région occipitale.

Tumeur diffuse.

Pas de bourrelet osseux; se développe au niveau des fontanelles persistantes et des sutures écartées.

Non réductible.

Peau saine ou présentant un peu de desquamation.

Tumeur uniforme à base ordinairement large, non bilobée.

A tous ces caractères différentiels, il est bon d'en joindre un autre dont l'importance est considérable: il est tiré de l'aspect de la face. Tandis que la face conserve sa configuration normale dans l'*encéphalocèle* (fig. 3), elle offre, dans l'*hydrocéphalie*, un aspect tout à fait particulier et connu de tout le monde (fig. 4).

Nous ne dirons rien du *pronostic*. Nous nous bornerons à dire que certains hydrocéphales peuvent vivre longtemps. L'un de nos malades, Pet..., a 17 ans. M. Giraldès cite un hydrocéphale du nom de Cardinal, qui est mort à 34 ans. Selon Barrier « quelle que soit la nature de l'*hydrocéphalie*, c'est une maladie des plus graves et constam-

ment mortelle. Celle qui est congénitale permet à quelques sujets de vivre quelques années ; un petit nombre ont pu



Fig. 3.— (Empruntée aux *Leçons* de M. Giraudeau).

dépasser même l'âge moyen (*loc. cit.*, II, p. 476) ». M. Bou-



Fig. 4.

chut écrit qu' « il a rencontré dans le cours de sa carrière un diplomate et un sculpteur fort connus, lesquels présen-

taient à l'âge de 50 ans les marques les plus certaines d'une hydrocéphalie de naissance (*loc. cit.*, p. 26) ».

M. CORNIL a observé plusieurs fois un épaississement de l'épendyme, qui fait ici complètement défaut.

21. M. DURAND-FARDEL présente la vessie et l'urèthre d'un homme mort à la suite d'une rétention d'urine. Le canal et la muqueuse vésicale étaient parsemés d'un enduit phosphatique qui produisait un frottement particulier au passage de la sonde.

22. M. WEBER présente un cas d'ulcération tuberculeuse du pharynx. Les ganglions cervicaux étaient très volumineux, comme dans l'adénite scrofulo-tuberculeuse. La mort survint par granulie généralisée.

M. CHAUFFARD insiste sur la rapidité de l'évolution, l'ensemble typhique des symptômes et sur la difficulté qu'on eût eu à diagnostiquer la tuberculose aiguë, en l'absence des lésions du pharynx et des ganglions cervicaux.

M. CORNIL fait remarquer que les petites ulcérations de la gorge ne sont pas rares chez les enfants scrofuleux. Elles ont peut-être un rôle dans l'apparition de l'adénite strumeuse et il serait intéressant d'étudier comparativement, dans ces cas, quelle est la répartition relative des bacilles dans la muqueuse pharyngée et les ganglions.

23. M. DUTIL fait voir un *cancer du foie et du rein*, survenu chez un individu atteint d'épithélioma du rectum. M. Després, dans le service duquel l'observation a été recueillie, se basait sur cette coïncidence pour faire ressortir le danger de l'intervention chirurgicale dans de semblables affections du rectum.

M. QUÉNU pense qu'il faut distinguer, au point de vue de la nocuité de l'opération, l'épithélioma de la partie supérieure du rectum et l'épithélioma de la région anale. Dans le premier, il s'agit d'un épithélioma cylindrique et la propagation au foie, en vertu de la disposition de la veine porte, est plus facile que dans le second, où il s'agit d'un épithélioma pavimenteux. Les recherches histologiques devraient donc être dirigées dans ce sens.

24. M. SENÉ montre un cas de *cancer du corps thyroïde* avec noyaux de généralisation dans le fole.

M. CORNIL pense qu'il s'agit, en réalité, d'un cancer primitif des voies biliaires. En effet, les parois de la vésicule sont manifestement épaissies, infiltrées, et l'on trouve des calculs dans sa cavité. D'autre part, le corps thyroïde renferme un kyste hématique à parois épaisses qui pourrait bien être simplement goitreux. L'examen histologique pourrait donner la solution du problème.

25. Cancer du pancréas ; par M. BARBILLON.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'un malade mort dans le service de M. le Dr DEBOVE, à l'hôpital des Tournelles, le 15 janvier 1884.

C'est un pancréas présentant un certain nombre de noyaux carcinomateux, ainsi qu'un kyste multilobé, siégeant près de son bord inférieur. Le malade dont il s'agit est entré le 7 janvier 1884, à l'hôpital, dans un état de maigreur et de cachexie extrême; il toussait un peu depuis deux ans, mais sans altération de la santé générale. Ce n'est que depuis trois mois que sont survenus des troubles digestifs, consistant en une difficulté de jour en jour plus marquée, de faire parvenir les aliments dans l'estomac. Cette difficulté est devenue telle, que dans ces derniers temps l'alimentation était presque nulle. Il n'y avait pas de véritables vomissements, mais plutôt une régurgitation presque instantanée des aliments ingérés. Du reste, pas d'hématémèse ni de mélœna. Constipation habituelle; le ventre est rétracté. La région épigastrique, douloureuse, est le siège d'un empâtement général, sans nodosités appréciables.

L'examen des poumons est négatif. Le cœur présente des intermittences tous les trois ou quatre battements, pas de bruit de souffle. Léger œdème des extrémités inférieures. Les urines sont rares, jaune foncé; elles contiennent une notable abondance de pigments biliaires. Pas d'albumine, pas de sucre. Le diagnostic porté est *carcinome de l'estomac*.

15 janvier. Le malade vomit dans la matinée une certaine quantité de liquide brunâtre, mêlé de particules de lait caillé; il meurt à une heure de l'après-midi.

AUTOPSIE, 22 heures après la mort. — Les *poumons* pré-

sentent quelques noyaux tuberculeux aux deux sommets. — Le cœur présente un volume normal; les parois du ventricule gauche sont notablement hypertrophiées. Il existe une vaste dilatation anévrysmatique de la crosse de l'aorte, qui du reste est dilatée et pleine de caillots stratifiés dans toute sa portion thoracique. — Le creux épigastrique est occupé par le lobe gauche du foie, qui recouvre une masse carcinomateuse grosse comme le poing et développée au dépens et autour de l'estomac.

Le *carcinome stomacal* siège immédiatement au-dessous du cardia, à gauche de cet orifice, et a envahi les ganglions lymphatiques voisins qui sont englobés dans la tumeur.

Le *pancréas* est farci de noyaux carcinomateux, dont un assez volumineux, laisse écouler à la section un liquide puriforme. On trouve également un kyste lobulé au niveau du bord inférieur du pancréas.

REFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à certains points de vue. D'abord par l'existence de l'anévrysme aortique méconnu pendant la vie, et de la dilatation de l'aorte thoracique qui, cessant brusquement au niveau du diaphragme, a peut-être été influencée par la compression qu'exerçait sur elle la masse carcinomateuse abdominale; deuxièmement, par l'absence de vomissements véritables et l'existence de régurgitations alimentaires presque instantanées qui permettaient de rapporter au cardia ou à son voisinage, le siège du carcinome; troisièmement, enfin, par les altérations kystiques et carcinomateuses du pancréas, qui ne se sont pas accompagnées de glycosurie pendant la vie.

Parmi les nombreuses théories qui ont été proposées pour expliquer la pathogénie du diabète, il en est une, en effet, qui fait jouer au pancréas un certain rôle dans la production de cette maladie. D'après cette théorie, due surtout à Popper, et qui s'appuie sur un certain nombre de faits anatomiques (dégénérescence graisseuse avec sclérose, atrophie, cancer, oblitération du canal pancréatique), le diabète pourrait s'expliquer de différentes façons. Ou bien le sucre produit par le pancréas malade serait un sucre mal élaboré; ou bien l'entrave apportée aux fonctions du pancréas amènerait la résorption du ferment pancréatique qui, livré au foie par la circulation, activerait la transformation du glycogène en sucre. — Ou bien la maladie du pancréas, en

s'opposant à l'élaboration des matières azotées, produirait une véritable inanition, et le sucre continuant à se former, ne serait plus consommé par les éléments anatomiques dont la nutrition serait ainsi viciée. (Fich et Heidenhain, cités par Dreyfous, th. Agrég.) — On a dit enfin que le pancréas malade ne pouvant plus fournir, pour la saponification des graisses, la quantité suffisante d'acides gras pour se combiner avec le glycogène et former les acides biliaires, ce glycogène se trouvait en excès dans le foie, et partant, le taux du sucre formé dans cet organe était plus élevé.

L'observation que nous avons l'honneur de présenter à la Société nous a paru digne d'être opposée à la théorie pancréatique du diabète, puisque, avec des altérations aussi avancées du pancréas, notre malade n'a pas présenté de sucre dans ses urines.

26 Cirrhose hypertrophique. — Subictère terminal. — absence d'ascite ; par MM. A. GOMBAULT et CONDOLÉON.

La nommée L... (Aglacé), âgée de 54 ans, couturière, est entrée le 5 janvier à l'hôpital Necker, salle Ste-Eulalie, n° 12. (Service de M. Rendu, suppléé par M. A. GOMBAULT).

Père mort à 42 ans d'une affection pulmonaire chronique ayant duré 2 ans. — Mère morte à l'âge de 72 ans, après avoir été hémiplegique pendant 10 ans. — Un frère mort à l'âge de 45 ans d'affection pulmonaire chronique, développée pendant la guerre de 1870. — Un autre frère, mort subitement à l'âge de 50 ans. Santé délicate pendant l'enfance ; gourmes, ophthalmies fréquentes. Pendant la jeunesse, quelques affections aiguës sans gravité. N'aurait jamais eu la syphilis. La malade habite Paris depuis 1868, antérieurement elle habitait Rouen. Elle n'a jamais souffert de la misère. Elle avoue avoir abusé des boissons alcooliques (elle a été cuisinière pendant longtemps).

Le début de l'affection actuelle est difficile à préciser. Il y a en effet trois ans que la santé de la malade a commencé à se déranger. A partir de cette époque, elle a eu fréquemment, le matin, des vomissements bilieux (non alimentaires), s'accompagnant de douleur épigastrique. Il y a six mois environ que l'état est plus grave ; les vomissements devenant plus fréquents, l'appétit et les forces ayant diminué progressivement. C'est cette aggravation progressive qui a décidé la malade à entrer à l'hôpital, car jusque-là elle avait continué à travailler un peu. Quelques jours

avant l'entrée, la malade présentait en outre une teinte jaune assez marquée de toute la surface cutanée, plus prononcée aux conjonctives. Cet accident apparaissait pour la première fois, jamais la malade n'avait eu la jaunisse.

ETAT ACTUEL. — 6 janvier 1884. La malade a conservé un certain embonpoint. Elle présente une teinte subictérique généralisée, un peu plus marquée aux conjonctives, mais l'urine ne contient pas de pigment biliaire décelable par l'acide nitrique, et les selles sont normalement colorées.

Le foie est volumineux, lisse à sa surface, légèrement douloureux à la pression ; le bord tranchant, facilement accessible, est senti à 3 ou 4 travers de doigts du rebord des fausses côtes. La matité dans la région splénique est manifestement augmentée. Du reste, le ventre est souple, non déformé, à peine douloureux, excepté à la région épigastrique ; il n'y a certainement pas d'ascite ; pas de développement anormal des veines sous-cutanées de l'abdomen. Vomissements bilieux survenant à intervalles irréguliers, pas de diarrhée, pas d'œdème des membres inférieurs. L'auscultation des poumons et du cœur ne révèle rien d'anormal.

Pendant les jours suivants, la malade s'affaiblit progressivement. L'appétit se perd complètement, les vomissements persistent, il survient de la diarrhée, la langue se sèche, pas d'épistaxis, pas d'hémorrhagies sous-cutanées, un peu de délire nocturne.

14 janvier. — La teinte ictérique est plus prononcée qu'à l'entrée, sans cependant être très accentuée. L'urine prend une teinte acajou, mais ne verdit que par l'acide nitrique, elle ne renferme, du reste, pas d'albumine. La faiblesse est très grande, la malade a de la peine à se mouvoir dans son lit. L'intelligence est assez nette, la malade répond bien aux questions. Nausées sans vomissements. Constipation. Ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression, au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre droit. Signes d'épanchement dans la cavité pleurale à droite.

15 janvier. — On retire, par la ponction du thorax, environ 500 grammes de liquide citrin contenu dans la plèvre droite. L'analyse chimique, faite par M..., pharmacien du service, montre que ce liquide renferme beaucoup de fibrine, de l'albumine et de la matière colorante de la bile. (Cependant l'urine brunit mais ne verdit pas quand on y ajoute de l'acide nitrique). L'état général s'est beaucoup aggravé : prostration très grande, langue sèche, cornée,

pas de délire, pas d'hémorrhagies, diarrhée abondante (matières colorées en vert).

16 janvier. — Pas de modification notable de la teinte ictérique. Toujours pas d'hémorrhagies, même état de dépression profonde, sans délire, la malade répondant bien aux questions, ventre souple, pas de réseau veineux sous-cutané. Le bord tranchant du foie est nettement senti au niveau de la crête iliaque droite. Sur la ligne médiane il atteint l'ombilic. Pas d'ascite. Quelques ronchus disséminés dans la poitrine. Eloignement du murmure vésiculaire à la base droite. — *Mort* le 17 janvier.

AUTOPSIE le 18 janvier 1884. — La *plèvre* droite contient environ 200 grammes de liquide citrin : il existe, des deux côtés, un certain nombre d'adhérences celluluses reliant le poumon à la paroi costale. Ces adhérences sont beaucoup plus serrées au sommet droit et obligent, à ce niveau, à arracher sur une certaine étendue la plèvre pariétale.

Poumon droit. — Cicatrice fibreuse déprimée au sommet, correspondant à un noyau de pneumonie chronique ardoisée, de la grosseur d'une petite noix et parsemé de granulations grises. Le reste du tissu pulmonaire ne présente d'autres lésions qu'un peu de splénisation vers la base et un petit nodule crétacé de la grosseur d'une lentille logé au centre du lobe inférieur. A la coupe, il s'échappe une grande quantité de liquide spumeux, coloré en jaune dans les parties supérieures, en rouge vers la base.

Poumon gauche. — Cicatrice fibreuse au sommet, splénisation très prononcée dans tout le lobe inférieur et à ce niveau, sur la plèvre, qui cependant n'est le siège d'aucun exsudat, semis de petites granulations transparentes, situées surtout au confluent des lignes interlobulaires.

Cœur. — P. 290 gr. myocarde, mou, flasque, coloré en jaune, surcharge adipeuse très prononcée, surtout sur le ventricule droit et le sillon auriculo-ventriculaire. Pas de lésions valvulaires, à part un peu d'épaississement du bord libre de la valvule mitrale. Quelques plaques jaunes à la naissance de l'aorte. Cœur droit normal. Péricarde sain.

Reins. — P. 160 gr. et 190 gr. — Capsule assez épaisse, enlève par place un peu de tissu rénal. La surface des reins est légèrement granuleuse, mais surtout elle est parsemée de larges dépressions irrégulières, au niveau desquelles le tissu est plus dur et rouge. A la surface de chaque rein on trouve deux ou trois kystes remplis de liquide ou d'une substance gélatineuse. Le tissu rénal est assez forte-

ment coloré en jaune, mou et poisseux. La substance corticale, plutôt diminuée d'épaisseur, est sillonnée de nombreux tractus vasculaires; la substance tubuleuse, d'un blanc jaune, plutôt ferme. Au niveau du hile, surcharge adipeuse très prononcée. Il n'y a pas trace de liquide dans le péritoine. Les anses intestinales sont absolument libres; il n'existe, à ce niveau, ni brides fibreuses, ni exsudat d'aucune sorte, ni granulations. Le diaphragme est absolument libre d'adhérences; il n'existe ni périhépatite, ni périsplénite. L'estomac n'est pas dilaté, ses parois sont d'épaisseur normale; il n'existe ni érosions, ni ulcérations sur la muqueuse, mais seulement d'assez nombreuses arborisations vasculaires.

Le foie est très volumineux. Dans le sens transversal, il mesure 40 centimètres, dont 20 environ pour le lobe gauche. Hauteur maximum du lobe droit, 24 centimètres, du lobe gauche, 16 centimètres. L'organe est aplati, relativement peu épais. Il est de coloration jaune-clair uniforme, absolument lisse à sa surface, excepté sur une petite portion de la face supérieure du lobe gauche, où se trouve une surface large comme la main couverte de petites granulations d'égale volume, jaunes, peu saillantes et assez molles. La capsule de Glisson a sa transparence et son épaisseur normales. Le foie a conservé sa forme générale, le bord inférieur est resté tranchant. Le lobe gauche s'est hypertrophié dans la même mesure que le lobe droit. A la face inférieure il n'existe pas de déformations. Le hile a sa configuration normale, le lobule de Spiegel a sa forme habituelle. Nulle part d'épaississement du tissu conjonctif du hile qui renferme un nombre de pelotons adipeux plus considérable que d'habitude. Rien à noter à propos du sinus de la veine-porte, de la veine-cave et des veines sus-hépatiques, qui sont absolument normales. Il en est de même pour les canaux d'excrétion de la bile, qui sont perméables. La vésicule, qui ne contient pas de calcul, est remplie de bile jaune; ses parois sont absolument normales.

Les coupes du foie sont d'aspect tout à fait uniformes sur tous les points où l'on en pratique. La coupe est lisse, de coloration jaune, onctueuse au toucher. Le tissu a une certaine mollesse, garde souvent l'empreinte du doigt et cependant il résiste à la pression et à la traction et se laisse difficilement déchirer. Il est facile de voir que le tissu hépatique, représenté par des îlots jaunâtres, irréguliers, est sillonné par une multitude de petits tractus un peu déprimés, translucides, de coloration grise ou rose. Il existe également une multitude de petits tractus de cou-

leur ocreuse s'enchevêtrant avec les tractus conjonctifs. La surface de la coupe laisse suinter peu de sang, mais une quantité considérable de bile jaune qui s'échappe de tous les canaux-portes. Les voies biliaires intrahépatiques ne paraissent cependant pas dilatées. Quant aux gros vaisseaux sanguins intrahépatiques, ils ont leur calibre normal.

La rate, très hypertrophiée, elle pèse 400 grammes, est lisse à sa surface et nullement déformée. Son tissu est de consistance normale, ni ferme, ni mou. Sa coloration est d'un rouge uniforme. Dans un point seulement, à la surface, on sent un nodule induré, de la grosseur d'une noisette. Sur une coupe, ce nodule est manifestement cunéiforme, à base périphérique. Son tissu est jaune-rouge, dense et sec ; il s'agit vraisemblablement d'un infarctus.

Examen histologique. — Les reins sont le siège d'une sclérose très prononcée portant principalement sur la substance tubuleuse. Les coupes du foie pratiquées dans les différentes régions de l'organe, montrent que la lésion y est très uniformément répartie. Elle consiste d'une part dans un développement anormal du tissu conjonctif, d'autre part dans des modifications des cellules hépatiques.

1° Le tissu conjonctif de nouvelle formation se dispose sous forme d'îlots, d'étoiles d'où partent des bandes assez larges s'anastomosant et s'entre-croisant sous des angles variables, mais nulle part ces bandes ne forment d'anneaux complets ; il n'y a pas de cirrhose annulaire. Les îlots et les bandes de sclérose affectent, au point de vue de leur localisation, un rapport étroit avec les fines ramifications du système veineux intrahépatique, mais elles sont manifestement plus larges au niveau des espaces périlobulaires qu'au niveau des veines centrales. Il s'agit donc, si on emploie la nomenclature de M. Sabourin, d'une cirrhose biveineuse à prédominance porto-biliaire. Ces bandes scléreuses, constituées par un tissu conjonctif fibrillaire assez dense, parsemées d'éléments embryonnaires abondants, réunis souvent sous forme d'îlots arrondis ou allongés, affectent le mode de disposition suivante : denses à leur partie moyenne, elles vont en se dégradant en quelque sorte sur leurs bords, dont se détachent des tractus qui enserrant les cellules hépatiques isolées ou réunies en petits amas. Il n'y a pas, en un mot, de limite tranchée entre le tissu scléreux et le parenchyme. Il s'agit d'une sclérose en voie d'évolution.

2° Les cellules hépatiques ont pour un tiers environ subi la transformation vésiculo-adipeuse. Cette transformation est encore peu avancée, car dans la plupart des cellules

atteintes, on retrouve encore à la périphérie de la gouttelette huileuse un noyau entouré d'un croissant assez épais de protoplasma. Les cellules devenues adipeuses sont disséminées çà et là ou bien réunies sous forme d'amas ou de nappes assez larges, peu envahies par la sclérose et situées pour la plupart loin des vaisseaux et des tractus conjonctifs qui accompagnent ces derniers. — Les cellules qui n'ont pas subi la transformation graisseuse se présentent sous des aspects variés; un grand nombre ont paru plus volumineuses qu'à l'état normal; d'autres sont ratatinées, fragmentées, remplies de granulations pigmentaires, mais elles sont en petit nombre, et le parenchyme dans son ensemble ne présente nullement les lésions qui accompagnent l'ictère grave; un bon nombre, enfin, de celles qui sont comprises dans les tractus fibreux ont subi la transformation cubique et tapissent les parois de néocanalicules biliaires.

Les vaisseaux sanguins sont pour la plupart perméables, bien que leur paroi soient épaissies et infiltrées souvent de cellules rondes. Mais s'il n'existe pas de graves oblitérations vasculaires, la lumière des vaisseaux, petits et moyens, a généralement paru plus étroite qu'à l'état normal.

Les canaux biliaires des espaces périlobulaires sont le centre d'accumulations de cellules rondes. Il existe une périangiocholite incontestable des petits canaux. Les canaux de calibre ont des parois épaisses, et leur cavité est fréquemment encombrée de cellules épithéliales desquamées.

20. Rétrécissement aortique. — Calcification des valvules sigmoïdes, d'origine traumatique; par R. DURAND-FARDEL, interne des hôpitaux.

Massera Tancredi, âgé de 33 ans, tapissier, entre le 9 janvier 1884 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Henri, n° 14 (service de M. C. PAUL).

A l'âge de 22 ans, cet individu, bien constitué, fort, n'ayant jamais eu de maladie grave, finissait son service dans la cavalerie italienne. En faisant de la voltige, il se heurte violemment le sternum contre le pommeau de la selle; un peu étourdi, il ne ressent pourtant aucune douleur, mais crache du sang pendant quelques minutes. Il continue du reste son service sans entrer à l'infirmerie, et n'éprouve aucun changement dans sa santé.

Un mois après, passant à la visite médicale pour une bronchite, il est ausculté par plusieurs médecins, qui déclarent, dit-il, qu'il y a eu, dans la poitrine, « rupture d'une

veine, formant une poche ». Il semble donc qu'on ait diagnostiqué l'existence d'un anévrysme de l'aorte. Son service n'en est pas interrompu, et il ne se plaint désormais que d'un peu d'essoufflement et de palpitations lorsqu'il fait des excès.

Depuis deux mois, les accès d'essoufflement deviennent plus fréquents et plus longs. M... s'affaiblit beaucoup et ne peut plus travailler. Il y a un mois, il a eu du méloena pendant huit jours.

A son entrée, le malade présente un aspect anémique des plus marqués. Le teint est cireux, les muqueuses décolorées, le faciès anxieux et les ailes du nez soulevées. La dyspnée est très intense. Les digestions se font très mal, et des vomissements ont lieu assez souvent. Étourdissements, céphalalgie, cauchemars, sensation de froid, sueurs nocturnes, toux sèche, fréquente.

Auscultation. Les *poumons* sont remplis de râles fins disséminés. Le *cœur*, très hypertrophié, bat violemment, régulièrement.

On entend un souffle rude, râpeux, d'une intensité extrême, siégeant à l'orifice aortique et propagé le long du bord droit du sternum. Il est systolique; la diastole est occupée par un silence absolu; rien à l'orifice mitral.

Pouls très faible, à peine perceptible à droite, plus marqué à gauche.

On diagnostique un *rétrécissement aortique* par des végétations volumineuses qui empêchent le claquement valvulaire; pas d'insuffisance.

14 janvier. Nuit mauvaise, dyspnée plus intense, étourdissement perpétuel. Pas de modifications locales. Vomissements.

16 janvier. Amélioration; le malade se lève et se promène dans la salle. A trois heures du matin, il se dresse brusquement sur son lit, râle quelques minutes et retombe mort.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — *Cœur* très volumineux, pèse 860 grammes. L'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche, dont la paroi mesure jusqu'à 3 centimètres d'épaisseur. L'orifice aortique est occupé dans ses 2/3 antérieur et gauche par un arc ossiforme, d'un aspect bizarre; du côté de l'aorte, il fait une saillie en dôme, comme formé par deux valvules accolées, très épaissies et calcifiées. Du côté du ventricule, l'arc calcaire s'étale sur un espace de 5 centimètres, lançant sur la paroi des travées épaisses, dures, irrégulières, sortes de jetées osseuses in-

orustées dans le myocarde, rappelant un peu les pattes d'un crabe.

Le tiers postérieur de l'orifice aortique est occupé par un bourgeon mou, végétant, considérable, de formation récente, qui obture presque complètement la lumière de l'orifice. Les autres valvules du cœur sont saines. L'aorte, de calibre normal, est parfaitement lisse et élastique, ne présentant pas trace d'athérome. Péricarde sain. Poumons congestionnés. Adhérences pleurales et récentes. — Foie muscade volumineux, pèse 2,580 grammes. — Reins congestionnés. En plusieurs points, on trouve dans les artères, volumineuses, de petites masses calcaires, anguleuses. Pas d'infarctus.

Cerveau anémié; ni ramollissement, ni hémorrhagie. Dans la sylvienne droite, on trouve une petite masse calcaire analogue à celle décrite dans les artères du rein.

RÉFLEXIONS. — L'altération remarquable de l'orifice aortique, par son énorme développement, son ancienneté, son isolement absolu, en l'absence de tout antécédent rhumatisal, de toute trace d'athérome, nous semble pouvoir être rapportée à une rupture des valvules sigmoïdes dans l'effort qu'a produit la chute sur le pommeau de la selle; cette lésion traumatique a été suivie d'une cicatrice vicieuse, point de départ du travail d'ossification dont nous avons vu le résultat. Une nouvelle poussée inflammatoire a donné lieu au bourgeon végétant, qui, lors de la diastole, venait obturer la lumière du vaisseau, détruisant l'insuffisance qui aurait dû exister avec un orifice rigide.

21. Rétrécissement de l'urètre. — Cystite chronique. —
Couche de phosphate ammoniaco-magnésien touchant toute la muqueuse urinaire; par R. DURAND FARDEL, interne des hôpitaux.

X. Passenaud, âgé de 48 ans, est amené à l'hôpital de Lariboisière le 5 janvier 1884, salle Saint-Henri, n° 31.

Plongé dans une prostration profonde, le malade répond à peine, et tout ce qu'on peut tirer de lui c'est qu'il n'urine pas depuis 10 jours.

Jusque-là, disait-il, il urinait sans aucune gêne, et depuis ces deux semaines, il a perdu beaucoup de sang par la verge.

Il y a eu plusieurs essais de cathétérisme pratiqués dehors.

A l'examen, on trouve en effet la vessie très gonflée. Il y a miction par regorgement, et l'urine est fortement teintée de sang. Le cathétérisme est tenté sans réussite, la sonde, quel que soit son volume, est toujours arrêtée au niveau de la portion membraneuse. On remarque une sensation bizarre de frottement de la sonde contre les parois de l'urèthre, que l'on peut comparer à l'impression que donnerait un petit fragment de calcul enchâssé dans la muqueuse. On pratique la ponction de la vessie et on retire un litre d'urine fortement colorée de sang et chargée de sédiments.

Le malade est très refroidi, somnolent, la langue est sèche, l'odeur de l'urine est ammoniacale. Le toucher rectal ne dénote ni hypertrophie prostatique, ni tumeur du bas-fond vésical. Cet état va en s'aggravant, la ponction de la vessie étant pratiquée deux fois par jour. Le malade perd connaissance et meurt d'injection urinaire, le 8 janvier, à 10 heures du matin.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — Les poumons sont le siège d'une congestion hypostatique très intense. Cœur normal ; artères très athéromateuses.

La vessie fait une saillie considérable, mais sa consistance est diminuée, et elle se crève, dans l'effort qu'on fait pour l'isoler. Lorsqu'on a ouvert la verge sur sa face dorsale et la vessie, on voit que toute la surface de la muqueuse urinaire, depuis le méat jusqu'au sommet de la vessie, est tapissée par une couche mince, d'aspect pulvérulent, jaunâtre, adhérent intimement au tissu sous-jacent, car le doigt, passant dessus, sent l'impression rugueuse (qui explique la sensation éprouvée par le cathétérisme), mais il faut gratter avec l'ongle pour enlever cet enduit.

Le produit de ce grattage, examiné au microscope, montre que cette couche est formée de phosphate ammoniaco-magnésien.

L'obstacle au cathétérisme était un rétrécissement siégeant au lieu d'élection ; à ce niveau, l'urèthre est complètement déchiré par les tentatives d'introduction de la sonde.

La vessie, très hypertrophiée, présente une épaisseur de près d'un centimètre. Consistance molle, friable en certains points. La muqueuse, boursouflée, est noirâtre. Les uretères sont un peu dilatés, ainsi que les bassinets. Les

reins sont très congestionnés, mais ne présentent pas d'altérations anciennes. Foie grassex.

21. Epithélioma de la langue. — Ablation par le procédé Pizzoli-Billroth de tout l'organe. — Alimentation par la sonde nasale, guérison opératoire, récursive. — Ablation par la région sus-hyoïdienne. — Persistance d'une partie de la tumeur adhérente au plancher de la bouche. Mort par asphyxie, la tumeur formant valvule. Autopsie. — Rétrécissement du pharynx ; par M. TUFFIER, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Le nommé Desmousseaux, 53 ans, menuisier, entre le 8 octobre 1883, salle Michon, n° 7, hôpital de la Pitié (service de M. Verneuil).

Il s'agit d'un homme assez robuste et bien musclé, qui vient se faire soigner pour une ulcération de la langue. Ses antécédents ne présentent rien de bien remarquable. Ni ses ascendants, ni ses collatéraux, n'ont été atteints de cancer. Lui-même est un arthritique sans manifestations aiguës : des migraines, des varices aux jambes, quelques poussées d'hémorrhoides dans sa jeunesse, sont les seuls accidents dont il ait eu à se plaindre. Il n'est point syphilitique et n'est pas un fumeur émérite.

Il y a trois mois, sans cause appréciable, il vit apparaître un petit bouton sur le bord latéral droit de la langue, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. La lésion n'était pas douloureuse, elle s'accrut peu à peu, elle s'ulcéra sans jamais provoquer de troubles fonctionnels graves. Aucun traitement ne lui fut opposé, mais, comme la lésion s'aggrave chaque jour et qu'elle gêne la parole et la déglutition, le malade entre à l'hôpital.

Nous trouvons, sur la partie latérale gauche de la langue, une ulcération qui occupe tout le tiers moyen de l'organe et se prolonge jusqu'à l'épiglotte. Cette ulcération a un fond irrégulier... Ses bords sont déjetés en dehors. Tout autour du point ulcéré on trouve la langue dure, parsemée de nodosités irrégulières dont l'ensemble envahit toute la moitié latérale de la pointe à l'épiglotte. Le sillon médian de la langue est un peu déjeté à droite et il semble que cette partie soit également indurée. Le plancher de la bouche est envahi au niveau du sillon génio-lingual. Il n'existe pas trace d'engorgement ganglionnaire.

Les mouvements de la langue sont gênés, la propulsion et l'enroulement sur la face dorsale ne peuvent se faire, mais il n'y a pas d'ankyloglossie. La parole, la mastication

et surtout la déglutition s'effectuent difficilement. La salivation est abondante et son produit s'écoule le long des lèvres, à cause de la dysphagie. Il n'y a pas de douleurs violentes, mais une sensation de picotement dans la langue et quelques élancements dans l'oreille, de temps en temps.

Le malade a peu maigri, son état général est très satisfaisant. Quelques jours après son entrée, surviennent deux hémorrhagie assez abondantes, que l'on arrête par la glace. M. Verneuil pose le diagnostic, *cancer de la langue*, et vu l'absence d'adénopathie, vu les hémorrhagies et la difficulté de la déglutition, le professeur consent à l'exérèse. On prépare le malade à l'alimentation par la sonde nasale; ses premiers essais sont mal supportés. On badigeonne alors, à plusieurs reprises, le fond de la gorge avec une solution de bromure, la sonde est bien tolérée.

Le 31 octobre on pratique l'opération. Chloroformisation complète, incision semi-lunaire, au bistouri, de la région sous-maxillaire droite, à l'angle de la mâchoire, à gauche, extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires de ce côté. Ligature et section de la faciale, puis l'hémostase étant parfaite, ouverture du plancher buccal au niveau du bord interne du maxillaire. Luxation de la langue par la région sus-hyoïdienne et amputation à sa base avec le thermocautère. Le tout a lieu sans aucun accident, on aperçoit la linguale et on la lie préventivement. Aucune perte de sang. On place deux drains aux extrémités de la plaie, et on suture le lambeau sus-hyoïdien. Pansement à l'iodoforme dans la bouche, pansement antiseptique à l'extérieur.

Le soir, la température monte à 38°. Le lendemain, elle retombe à 37°, pour se maintenir à ce niveau jusqu'à cicatrisation complète. Alimentation très facile par la sonde nasale, consistant en poudre de viande, consommé, etc. A partir du quatrième jour, le malade s'alimente seul par la sonde avec une seringue. En aucun moment, cette sonde, placée à demeure dans le nez, n'a provoqué le moindre inconvenient ou la moindre douleur.

Au sixième jour, on enlève les points de suture, la réunion est parfaite et notre homme se lève au neuvième jour sans douleur aucune. Sa plaie est rose et bien détergée. On supprime les drains au douzième jour et on laisse pour tout pansement un peu d'iodoforme dans la bouche et un léger pansement antiseptique à l'extérieur. Au vingtième jour, un léger érysipèle de la face se manifeste en quarante-huit heures. La pulvérisation en a raison. (Depuis

cette époque le malade est regardé comme convalescent.)

Le 29 novembre, on examine la bouche du malade, on trouve tout le plancher buccal et le moignon de la langue adhérents à l'épiglotte bien cicatrisés, mais sur le bord interne gauche du maxillaire inférieur, on trouve un bourgeon charnu du volume d'une noisette, dur, légèrement fongueux. Du côté de la région sous-maxillaire ou de la région carotidienne il n'existe aucune altération ganglionnaire.

M. Verneuil, pensant que l'extirpation totale du néoplasme peut être pratiquée, se décide à une nouvelle opération. A cette époque, on essaie également de supprimer la sonde nasale, mais le malade ne peut avaler. On place de nouveau la sonde, mais aux difficultés il semble que le pharynx est rétréci.

Le 14 décembre on chloroforme le malade, mais à peine quelques inhalations ont-elles été faites, que surviennent des accès de suffocation qui obligent à suspendre l'anesthésie. On opère donc le malade simplement engourdi et se débattant.

M. Verneuil fait, à la région sus-hyoidienne gauche, une incision parallèle au bord inférieur de la mâchoire. La faciale ayant été liée dans la première opération, on arrive assez facilement sur le plancher de la bouche. Toutefois, la boutonnière faite en plein tissu cicatriciel donne peu de jour, on décolle alors, par cette plaie, le périoste du maxillaire, et la tumeur étant libérée on tente de l'attirer par la boutonnière sus-hyoidienne; la chose est laborieuse, tant à cause du sang qui obstrue le pharynx que de l'étroitesse de la plaie.

On assiste également à ce curieux phénomène. De temps en temps le malade suffoque, on pense que c'est à cause de l'hémorrhagie buccale, on éponge le pharynx et, au contraire, la dyspnée redouble, on s'abstient donc de cette manœuvre et on finit par arracher la tumeur. M. Verneuil introduit alors le doigt dans le pharynx et ne trouve plus aucune partie dure ni là ni dans la bouche. On applique un pansement antiseptique.

Dans l'après-midi, le malade est pris d'un accès de suffocation, à la visite du soir la dyspnée avait disparu, il n'y avait pas de cyanose. L'interne veut examiner le pharynx, malheureusement le malade n'ouvre pas bien la bouche et il est difficile de voir ce qui se passe dans la gorge. A 8 heures du soir, un nouvel accès formidable de dyspnée, on court chercher l'interne de garde. Il examine la gorge,

pratique le toucher laryngé sans rien trouver, le malade succombe quelques instants après.

AUTOPSIE, 30 heures après la mort. — On fend le maxillaire inférieur sans toucher au reste du cadavre, on écarte les deux côtés du maxillaire et, au fond de la bouche, on aperçoit un magma brunâtre qui ressemble à un caillot sanguin et qui obstrue toute la cavité pharyngée. On dirige sur ce magma un fort jet d'eau, sans le mobiliser en quoi que ce soit. Le reste du plancher buccal est sain. On enlève alors le larynx, le pharynx, ses piliers et le voile; le tout d'un seul bloc, avec toutes les parties latérales du cou, en ayant bien soin de ne pas changer les rapports.

On voit alors que sur l'épiglotte se trouvent deux masses polypiformes formant valvule et fermant cet orifice. Ces masses sont des restes de l'épithélioma. Ces deux masses, ayant la forme et le volume d'une grosse framboise, sont pédiculées; le pied du pédicule s'insère à la base de la langue, directement au-dessus du larynx; leur longueur est d'environ 3 centimètres. Elles sont flottantes et agglomérées, avec un peu de sang, elles ferment complètement l'issue des voies aériennes. De chaque côté, les vaisseaux carotidiens sont disséqués, on trouve, tout le long, une chaîne de ganglions du volume d'une noisette, durs et manifestement dégénérés.

Les viscères sont sains. Ces lésions, dont nous n'avons trouvé l'analogie nulle part, expliquent bien et les accès de suffocation terminaux et les accès qui sont survenus à la fin de l'opération. Ces accès ne pouvaient pas céder au nettoyage du pharynx avec les éponges montées qui ne faisaient qu'aggraver la dyspnée, en enfonçant ces débris membraneux dans le larynx. Une autre lésion était digne de remarque. Au niveau de l'entrée de l'œsophage, on trouvait un rétrécissement énorme du pharynx qui laissait à peine passer le petit doigt, sans que les parois fussent infiltrées d'épithélioma. La pièce est déposée au musée Dupuytren.

L'examen de la pièce montre un épithélioma de la variété térébrante et interstitielle; au milieu de la lange existe une énorme masse épithéliale, bien limitée, du volume d'un petit œuf, déprimant le septum et le refoulant du côté droit. Tout le segment droit de la langue est indemne, il est refoulé et tassé, mais les lésions n'ont pas dépassé le septum.

MM. TUFFIER et SAPELIER ont fait l'examen micrographique. Il s'agit d'un épithélioma classique.

22. Contusion oculaire par coup de poing. — Perte immédiate de la vision. — Absence de complications inflammatoires. Mort par cirrhose ; par M. Lucien Picqué.

Examen de l'œil. — En faisant une section de l'œil dans son grand diamètre, on trouve en arrière des procès ciliaires, à une distance d'environ 1 millimètre, une masse indurée dont la section mesure 1 millimètre carré et dont la forme est celle d'une bandelette saillante courant parallèlement aux procès ciliaires. Cette bandelette occupe, à ce niveau, environ une moitié de la circonférence de l'œil.

Au point de vue histologique, on constate qu'en cet endroit la choroïde est déchirée, on y voit facilement l'interruption des deux couches de cellules colorantes de cette membrane. De l'écartement des lèvres de la plaie surgit un bourgeon de forme arborescente, constitué par des faisceaux de tissu conjonctif de nouvelle formation et qui fait saillie dans le corps vitré.

La rétine, examinée en arrière de la lésion, présente, en plusieurs points, des accumulations de cellules entre elles et la choroïde ; ces amas donnent l'idée de décollement partiel de cette membrane due à la présence de ces éléments de nouvelle formation. A ce niveau, les diverses couches de la rétine existent, sauf celle des cônes et des bâtonnets, qui sont très altérés.

Aucune trace d'hémorrhagie ne persiste : on ne trouve nulle part de matière colorante ni de cristaux, ni de grains d'hématoidine. L'axe du cristallin semble déplacé. Il n'a pas été examiné, mais il ne présente rien de particulier à l'œil nu.

RÉFLEXIONS. — Cette note, due tout entière à l'obligeance de M. Rémy, agrégé, qui a bien voulu se charger de l'examen, se trouve annexée à l'observation clinique que j'ai publiée dans la *Gazette médicale* (1884). Elle m'a paru intéressante à vous montrer, en raison de la rareté relative des examens de ce genre et des conséquences qu'on en peut tirer pour le pronostic de cette lésion. Nous avons trouvé les lésions ordinaires de la contusion, rupture de la choroïde, déplacement du cristallin, décollements partiel. Signalons cependant la rareté relative de la déchirure. L'évolution ultérieure choroidienne s'est faite rapidement et le sang, au moment de l'examen, était complètement

résorbé. Au point de vue du retour de la vision, nous ne pouvons rien dire.

Les classiques, on le sait, admettent que les ruptures choroidiennes et les décollements rétiens peuvent guérir avec restauration fonctionnelle complète, mais il y a évidemment une question de degré et, dans notre cas, M. Rémy nous a fait constater une altération très marquée des cônes et des bâtonnets.

22 bis. Arthrite fongueuse du genou gauche avec cavité centrale tuberculeuse dans l'extrémité inférieure du fémur. Amputation de cuisse, par M. Lucien Picqué (1).

Le nommé Richard (Jean-Baptiste), âgé de 38 ans, imprimeur, entre, le 14 avril 1883, salle Sainte-Vierge, n° 44 (Service de M. BERGER).

Antécédents. — Le malade a été enfant de troupe et a servi dans l'armée jusqu'en 1870 ; il semble avoir toujours joui d'une bonne santé. Pas de scrofule dans son enfance, mais il a perdu une sœur de la poitrine, à l'âge de 20 ans. Il y a 18 ans, il dit avoir eu des accidents syphilitiques, des plaques muqueuses, pour lesquels il n'aurait pas suivi de traitement.

En 1878, il fit une chute dans son escalier et fut traité à la Pitié pendant un mois et demi. Ponction du genou. Nouvelle chute quinze mois après, qui l'obligea à garder le lit pendant 3 mois. Depuis, notre malade a marché pendant 7 ans sans fatigue.

Commémoratifs. — En décembre dernier, Richard, qui fait chez lui un métier assis, s'aperçut d'une raideur du genou gauche, progressive et indolente. Quelques douleurs vagues se produisirent dans la suite, mais 2 mois après, il constata un gonflement d'abord peu accentué, mais qui ne tarda pas à augmenter sensiblement et qui s'accompagnait de douleurs légères, surtout la nuit. Ces douleurs prirent un certain caractère d'acuité au mois de mars.

Etat actuel. — Le genou est considérablement déformé et présente une tuméfaction énorme. Les méplats normaux de la jointure sont remplacés par des saillies, surtout accentuées au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale et des parties latérales de la rotule. Ces saillies sont

(1) Séance du 18 mai 1883, observation remise seulement en janvier 1884.

molles, mais ne présentent pas de fluctuation : on ne peut percevoir le choc rotulien. Il n'existe pas de mobilité anormale. Les os ne semblent pas augmentés de volume, mais la pression sur le condyle externe est assez douloureuse. Atrophie prononcée du triceps crural. Les mouvements provoqués sont plus étendus. Il y a une flexion prononcée du genou.

En présence de ces signes, le diagnostic de tumeur blanche à début synovial fut établi ; mais, en raison du développement très rapide du genou, il fut fait une certaine réserve pour le sarcome de la synoviale. Le traitement ordinaire par l'immobilisation après redressement, et la compression ayant échoué, M. Berger dut se résoudre, devant l'augmentation incessante des phénomènes douloureux et du volume du membre, à une thérapeutique plus active.

Malgré l'âge du malade, la résection eût pu être pratiquée en raison du peu d'étendue des lésions du squelette, mais, sur la demande formelle du malade, l'amputation de cuisse fut faite le 16 mai, au tiers inférieur et par la méthode circulaire. Les suites en furent très bénignes : au cinquième jour, les points de suture furent retirés ; la réunion immédiate était presque complète, et bien que le malade soit encore dans nos salles, il peut être désormais considéré comme guéri définitivement.

Examen de la pièce. — Etude macroscopique. Le squelette est scié selon la longueur et l'article ouvert en deux parties égales. Dès l'incision de la capsule, des masses fongueuses considérables font issue en dehors. Il n'y a pas de pus dans l'articulation.

Etat des parties molles : La capsule n'est point perforée, si ce n'est en arrière, où les fongosités ont envahi le creux poplité.

À la face interne, surtout dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale, mais également sur les côtés et en bas, on observe des fongosités abondantes qui présentent les caractères suivants : ce sont des bourgeons charnus assez gros et distincts, mais placés à côté les uns des autres d'une façon régulière et reposant sur une surface épaissie qui double la face interne de la synoviale, et qui probablement offre la même structure. Ces bourgeons charnus présentent une coloration blanc-grisâtre, rosée par places, jaunâtre en certains points. Ils sont mous, s'écrasent facilement sous les doigts et semblent contenir une notable quantité d'un liquide blanchâtre et épais. Les ligaments croisés sont ramollis et ont cédé facilement dès l'ouverture de la jointure ;

on n'en retrouve plus que des débris à l'examen de la pièce. Même remarque pour les fibro-cartilages interarticulaires, surtout l'interne, qui a à peu près complètement disparu.

Tibia. Le cartilage diarthrodial du tibia n'existe plus ; on ne voit à sa place que le tissu de l'os raréfié, mais non fongueux. Le tissu de l'épiphyse est jaunâtre, se laisse facilement pénétrer par le scalpel, mais ne présente aucune autre lésion.

Fémur. Les cartilages du condyle sont intacts. Dans le condyle fémoral externe (1) se trouve une vaste cavité occupant près des 2/3 de son épaisseur. Cette cavité est entourée d'une zone blanchâtre, dure, d'ostéite condensante. Le reste de l'épiphyse est sain. La cavité est elle-même comblée par une substance blanc-grisâtre, d'une teinte uniforme, non miscible à l'eau, et dans laquelle on trouve, surtout près des bords, de petits sequestres osseux. Le périoste de l'épiphyse est intact, non épaissi et présentant un degré d'adhérence normale avec le tissu osseux sous-jacent. Dans le creux intercondylien, on observe un trou assez large, à bords rugueux, par lequel on pénètre facilement dans la cavité en question.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante, en ce qu'elle confirme de tous points les opinions émises récemment par M. Lannelongue sur l'évolution des tumeurs blanches tuberculeuses :

1° Ostéite tuberculeuse primitive du fémur sans qu'elle soit restée localisée dans cet os ; le malade n'a ressenti qu'un peu de gêne dans la jointure et quelques douleurs vagues. Mais une perforation s'est produite dans le creux intercondylien. Cette perforation, au lieu de déterminer, comme il arrive dans quelques cas, de l'arthrite suraiguë avec production de pus et de fongosités mixtes inflammatoires et tuberculeuses, n'a produit qu'une synovite tuberculeuse à marche rapide et envahissante.

23. Rétrécissement mitral, embolies multiples, phlébite, néphrite interstitielle ; par M. MALIBRAN, interne des hôpitaux.

La nommée G..., Eugénie, âgée de 49 ans, entre le 27 no-

(1) Cette lésion a été reproduite dans sa thèse par notre ami M. Dubar, à qui nous avons remis la pièce (Voir thèse d'agrégation, Paris 1883, planche).

vembre 1883, dans le service de M. le professeur G. Sée, à l'Hôtel-Dieu.

Cette malade n'a d'autre antécédent morbide qu'une « fièvre intermittente bilieuse » (?) traitée par le sulfate de quinine. Cette fièvre, d'une durée de sept mois, lui est survenue à l'âge de 27 ans. Depuis cette époque, elle s'est toujours très bien portée. Il y a trois semaines environ, elle s'est refroidie après avoir été mouillée par la pluie, et le soir même, elle a éprouvé un grand frisson avec toux, point de côté, fièvre, courbature, oppression ; puis les jambes ont commencé à enfler.

Actuellement, on la trouve dans l'état suivant : Pas de fièvre. La langue est aplatie et conserve un peu l'empreinte des dents. Le pouls est irrégulier et très petit, presque imperceptible. Il existe une voussure précordiale très appréciable. A la palpation, on sent un frémissement cataire très intense, au-dessous du mamelon gauche. Les battements du cœur sont précipités, violents, irréguliers et très appréciables à la vue, car la paroi est le siège d'un soulèvement très marqué. La percussion du cœur provoque de la douleur ; elle dénote une matité très étendue à la partie inférieure et se prolongeant au-dessous de la pointe. La base est couverte par la sonorité pulmonaire. — A l'auscultation, on est frappé du caractère tumultueux des battements cardiaques, et on entend, au niveau de la pointe, un bruit râpeux, superficiel, dont le maximum correspond au soulèvement de la paroi, dans le 6^e espace, et qui paraît être un frottement péricardique. Le foie est abaissé de deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes et davantage au creux épigastrique. Douleur à la percussion et à la palpation de la glande. Râles sous-crépitants et frottements aux deux bases de la poitrine, surtout à droite. La respiration est précipitée. Comme traitement, M. le professeur Sée prescrit l'adonis vernalis.

1^{er} décembre. Le pouls est plus fort. Le cœur bat par séries régulièrement décroissantes en intensité de cinq pulsations et assez énergiquement. Entre chaque série, une pulsation manque. — Urines : un litre 1/2 dans les vingt-quatre heures. Il existe toujours des râles sous-crépitants aux bases. L'état général est meilleur et il y a moins d'oppression.

On constate une certaine douleur à la pression de la cuisse gauche, le long des vaisseaux cruraux et à la partie inférieure du creux poplité. Une palpation attentive permet de reconnaître dans la première région l'existence d'un

cordon dur. La jambe est en même temps le siège d'un œdème non douloureux.

8 décembre. L'amélioration persiste. Le pouls est plus fort, mais toujours un peu irrégulier; toutes les cinq ou six pulsations, il semble en manquer une. Les battements en série sont moins accusés qu'il y a huit jours; ils sont moins violents, moins vibrants. A l'auscultation, il semble que les deux bruits du cœur soient dédoublés. Peut-être s'agit-il d'un bruit présystolique et d'un dédoublement du 2^e bruit. — Le foie est moins saillant, moins douloureux à la pression. — Quelques râles sous-crépittants s'entendent encore aux bases, mais beaucoup moins nombreux qu'autrefois. — L'œdème des jambes a disparu. Quant à la douleur de la cuisse gauche, au niveau des vaisseaux cruraux, elle n'existe pour ainsi dire plus. — La quantité d'urine s'est élevée jusqu'à 4 litres; mais aujourd'hui il n'y en a plus que 2. Le chiffre moyen a été de 3 litres à partir du 3^e jour de la prise de l'adonis vernalis.

20 décembre. Attaque apoplectiforme légère, sans perte de connaissance complète. Il se produit une hémiplegie parétique du côté droit, avec un peu d'aphasie. La paralysie est beaucoup plus marquée à la face que dans les membres.

2 janvier. Des attaques semblables se produisent à plusieurs reprises, sans cependant qu'on constate d'augmentation dans les phénomènes paralytiques. A la suite de ces attaques, l'aphasie est plus marquée, puis diminue une fois que l'attaque a complètement disparu. La malade répond régulièrement oui ou non, à ce qu'on lui demande, mais elle trouve difficilement autre chose; elle répond parfois: « Ça tient, ça tient, etc. » — Depuis quelques jours, la face est pâle; il y a une tendance marquée aux syncopes et aux lipothymies. Les battements du cœur sont précipités, mais non tumultueux. On entend de nouveau à la pointe un souffle assez rude, variable comme intensité. Quelques râles à la base du poumon, pas de congestion du foie appréciable, pas d'albuminurie.

5 janvier. La malade a rendu un peu de sang en allant à la selle.

15 janvier. Nouvelle attaque apoplectique. La malade reste dans le coma.

17 janvier. Morte dans le coma.

AUTOPSIE, le 18 janvier.

Cerveau. N'a pu être examiné. — Cœur. Volumineux, dilaté, les parois sont amincies, surtout celles du ventricule droit et le muscle est dégénéré. Orifice auriculo-

ventriculaire droit très dilaté. Rien de valvulaire à droite, la valvule tricuspide présente simplement quelques épaississements au bord libre. L'artère pulmonaire est dilatée, mais saine. La valvule mitrale présente une soudure des valves qui lui donne l'aspect d'un entonnoir rigide. L'orifice ne permet pas l'introduction du petit doigt. Le bord libre est épaissi et induré. Caillots d'agonie dans les deux cavités. — *Poumons*. Congestionnés, les bases sont, par places, comme calcifiées. Pas d'infarctus.

Reins. Petits, soléreux, gris-rougeâtres. Substance corticale amincie et capsule adhérente s'enlevant par places avec un peu de tissu rénal. — *Foie*. Type de foie cardiaque, un peu dur et soléreux probablement.

RÉFLEXIONS. — 1^o Cette observation est surtout intéressante au point de vue de la réunion des divers symptômes qui ont compliqué la lésion cardiaque : asystolie, arythmie du cœur, embolies cérébrales, phlegmatia. — 2^o L'obscurité des signes locaux d'auscultation constitue encore une particularité intéressante : la lésion est un type de rétrécissement mitral très accentué et les symptômes stéthoscopiques, loin de se révéler par le roulement présystolique classique avec dédoublement du second bruit, ne l'a produit qu'une fois, passagèrement et d'une façon douteuse. La faiblesse de la contraction cardiaque, effet de la dilatation et de l'altération du myocarde, l'existence d'une petite plaque laiteuse péricardique à la pointe, tels ont sans doute été les divers facteurs des anomalies présentées par la lésion dans ses manifestations cliniques. — 3^o Enfin, l'absence de toute étiologie apparente, rhumatisme, etc., est un fait de plus à ajouter à la liste déjà nombreuse des rétrécissements mitraux, observés dans le sexe féminin.

24. Angine ulcéro-tuberculeuse. — Hypertrophie considérable des ganglions lymphatiques. — Tuberculisation généralisée aiguë consécutive ; par M. WÉBER, interne des hôpitaux.

Edouard G..., âgé de 18 ans, garçon nourrisseur, est entré le 28 décembre 1883, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, lit n° 21.

Ses antécédents héréditaires sont inconnus. Jusqu'alors bien portant, il s'aperçoit, il y a six mois environ, de la

présence d'une tuméfaction assez volumineuse occupant la région parotidienne gauche. Cette tuméfaction ne tarde pas à s'accroître en quelques semaines, au point de dépasser l'angle de la mâchoire. En même temps la déglutition est parfois douloureuse, ses forces l'abandonnent, il perd l'appétit et se sent pris à tout instant d'un invincible besoin de sommeil. Cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, une tuméfaction semblable à celle du côté gauche, se développe dans la région parotidienne droite. L'état général s'aggrave de jour en jour. De légers frissons, suivis de fièvre, apparaissent. Le malade est conduit à l'hôpital.

Du 28 décembre, jour de son entrée, au 1^{er} janvier, la température du malade atteint 40° sans aucune rémission matinale.

1^{er} janvier. — La présence des deux masses ganglionnaires rétro-maxillaires attire aussitôt l'attention sur l'état de la gorge : langue très saburrale, un peu rouge à la pointe ; muqueuse de l'arrière-gorge et du voile du palais tuméfiée et d'un rouge pointillé ; ulcération profonde à bords déchiquetés, à fond noirâtre, sur la face antérieure de l'amygdale gauche, se prolongeant, sous forme de simples exulcérations, vers la partie supérieure du pilier gauche et la base de la langue ; ulcération semblable, mais moins étendue sur l'amygdale droite, paraissant s'étendre en arrière. Un exsudat grisâtre et très peu adhérent recouvrait toutes ces parties.

Les mouvements respiratoires sont un peu accélérés. A l'auscultation on trouve des râles de bronchite, disséminés dans toute l'étendue de la poitrine, avec une légère prédominance aux sommets. La respiration est un peu plus rude, les bruits du cœur plus fréquents et plus sourds qu'à l'état normal.

Constipation. Ventre légèrement ballonné et douloureux à la pression. A la palpation profonde on constate, sur les limites de l'hypochondre et du flanc gauches, un rebord saillant qu'il est impossible de limiter à la percussion, mais qui paraît être dirigé suivant le bord antérieur de la rate. Pas d'albuminurie, pas d'amaigrissement appréciable. Faciès pâle. Intelligence intacte. — Traitement : Lavage de la gorge à l'acide salicylique. Toniques.

2-3 janvier. — Ecoulement séro-sanguinolent par le nez. On constate la présence d'un gros ganglion dans le creux sus-claviculaire gauche. Ganglions de l'aîne volumineux.

4 janvier. — Malgré l'abaissement de la température (37°,6 matin, 39° soir), l'état général paraît aggravé. Le

malade se couche de préférence dans le décubitus latéral droit. Foie volumineux.

5 janvier. — Les ulcérations de la gorge sont plus étendues ; elles occupent toute la luette, le bord et les piliers du voile du palais. Le lavage provoque un léger saignement de la muqueuse.

A l'auscultation, la respiration est affaiblie, lointaine, surtout à la base droite (submatité à la percussion). La dyspnée est très marquée. — Selles diarrhéiques peu abondantes.

6 janvier. — Subdélirium. Agitation dans la soirée. La diarrhée est beaucoup plus abondante et fétide. Le ventre est moins ballonné. La percussion permet de limiter nettement une tumeur trilobée due aux ganglions mésentériques hypertrophiés, siégeant dans l'hypochondre gauche.

7 janvier. — Un amaigrissement rapide s'est emparé du malade depuis l'apparition de la diarrhée. Teint livide. Respiration anxieuse. Délire. Agitation.

8 janvier. — Diarrhées profuses. Délire. Respiration bruyante. Température élevée.

Mort le 9 janvier dans le collapsus, à quatre heures du soir.

28	déc.	matin	soir	38°, 4	3	janv.	m.	39°, 2	soir	40°, 2
29	—	38°, 8	—	38°, 6	4	—	—	37°, 6	—	39°
30	—	39°, 8	—	39°, 8	5	—	—	38°, 8	—	38°, 4
31	—	40°	—	39°, 6	7	—	—	38°, 6	—	39°, 8
1 ^{re}	janv.	m.	39°, 4	soir	39°, 8	6	—	39°, 6	—	40°
2	—	38°, 8	—	39	8	—	—	39°, 8	—	

AUTOPSIE, 38 heures après la mort. — L'appareil pharyngo-laryngé présente les lésions suivantes : l'amygdale gauche est complètement détruite par une large ulcération qui se prolonge en haut vers l'orifice postérieur des fosses nasales, en dedans, vers la base de la langue, en bas et en arrière vers le repli aryténo-épiglottique gauche. La face postérieure de la partie mobile de l'épiglotte est également le siège d'ulcérations. Enfin l'amygdale droite est le siège d'une ulcération moins étendue que la gauche et envoyant comme celle-ci des prolongements vers la langue et les fosses nasales. La muqueuse qui tapisse toutes les parties environnantes est tuméfiée et bosselée, surtout au niveau de la base de la langue.

Il n'existe aucune ulcération dans le larynx. Aucune lésion macroscopique de la muqueuse des voies aériennes.

Les deux ganglions rétro-pharyngiens sont volumineux,

caséeux en partie, et relie le pharynx aux deux masses ganglionnaires qui faisaient saillie dans les deux régions parotidiennes. Les ganglions du côté gauche présentent des lésions plus avancées que ceux du côté droit.

Des masses ganglionnaires semblables entouraient la trachée et les grosses bronches. L'une d'elles comprimait la trachée d'une façon notable. Leur coupe laisse voir toutes les phases d'évolution du tubercule. Elles se continuent en haut avec les ganglions cervicaux, en bas avec les ganglions sus et sous-diaphragmatiques également hypertrophiés.

Les poumons, volumineux, offrent les lésions de la tuberculose miliaire aiguë : granulations grises isolées dans les lobes inférieurs, granulations plus nombreuses et disposées par groupes dans les lobes supérieurs. Dans le lobe supérieur du poumon droit, on trouve deux petites caverneules du volume d'une noisette, entourées d'un groupe de granulations grises. Pas d'adhérences pleurales. Pas d'épanchement dans les plèvres. *Cœur*, petit, flasque, gras-seux. *Foie* volumineux (poids : 2,500 grammes) ; sa coupe est parsemée de granulations miliaires, rugueuses au toucher. *Rate* hypertrophiée, renfermant de nombreuses granulations grises. Les *reins* sont volumineux et anémiés. La *séreuse péritonéale* est le siège de nombreuses granulations. Les *ganglions mésentériques* offrent le même aspect que les ganglions cervicaux et péribronchiques. Leur volume est énorme : trois d'entre eux ont atteint les dimensions d'une petite orange et occupent la région du flanc gauche. Les plus volumineux présentent les phases les plus avancées de la tuberculose ganglionnaire. L'*intestin* est anémié. Le *cerveau* n'a pas été examiné.

RÉFLEXIONS. — La marche de cette affection peut être divisée, d'après l'observation qui précède, en deux périodes principales :

1° Une première période dans laquelle la maladie évolue, en six mois environ, insidieusement ; période d'infection ganglionnaire. — L'appareil ganglionnaire cervical est atteint le premier, et l'on peut admettre avec quelque apparence de raison, que l'angine ulcéreuse, méconnue au début en raison de son peu d'intensité, ait servi de porte d'entrée au virus tuberculeux.

2° Une seconde période, fébrile et à marche rapide, dans laquelle la tuberculose déjà ancienne des ganglions,

détermine une poussée de granulie aiguë généralisée. La température du malade, pendant son séjour à l'hôpital, semble diviser cette seconde période elle-même en deux parties ; la première correspondrait à la transformation caséuse des ganglions déjà hypertrophiés : les symptômes observés sont prédominants du côté de l'appareil digestif. Dans la seconde, qui commence à la rémission matinale du 4 janvier et finit le 9, par la mort, la température suit, d'une façon continue, une marche ascendante. Les phénomènes thoraciques y sont plus intenses. L'état général s'aggrave, l'amaigrissement s'accroît avec une grande rapidité.

Trois faits principaux semblent ressortir de cette observation : 1° Une angine ulcéreuse, facilitant l'infection tuberculeuse méconnue au début ; 2° L'énorme hypertrophie des ganglions cervicaux, péritrachéobronchiques et mésentériques ; 3° Enfin la terminaison par une granulie aiguë consécutive.

Séance du 25 janvier 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

25. Hémorrhagie sous-méningée dans la région de la 3^e circonvolution frontale droite. — Hémiplégie gauche et épilepsie partielle ; par M. G. MARFAN, interne des hôpitaux.

Un homme de 71 ans, vivant seul dans une chambre où il s'occupait à la confection d'épingles, est apporté à la Pitié, le dimanche 20 janvier, en état apoplectique (service du Dr AUDHOUI). Les personnes qui l'accompagnent nous donnent les renseignements suivants :

Dans la nuit de samedi à dimanche, les voisins l'entendirent se plaindre : le matin, ne le voyant pas descendre,

ils pénétrèrent dans sa chambre, et ils le trouvèrent étendu dans son lit sans connaissance. Amené à l'hôpital après la visite du matin, on appela l'interne de garde, qui assista à une attaque épileptiforme. La surveillante raconte qu'il a eu dans la journée plusieurs accès pareils. Il avait un accès toutes les fois qu'on lui donnait à boire. Après chaque accès, le malade retombait dans le coma et reprenait sa respiration stertoreuse. De loin en loin, il sortait de cet état comateux et demandait très distinctement à boire : il n'y avait donc pas d'aphasie.

Le lundi matin, au moment de la visite, il fut trouvé dans l'état suivant : le malade est sans connaissance ; il est insensible des deux côtés et ne réagit à aucune excitation ; la respiration est stertoreuse ; quand le bras ou la jambe gauche sont soulevés, ils retombent lourdement ; du côté droit, au contraire, si on remue les membres, le malade rectifie doucement leur position ; la face est tirée du côté droit. En un mot, le malade présente une hémiplegie gauche sans contractures. Quand on eut quitté le lit du malade, la surveillante lui présenta à boire : immédiatement, l'attention fut attirée par un cri étouffé poussé par le malade ; on revient vers lui, et on assiste à une attaque convulsive. La paupière gauche et le front sont pris les premiers de secousses convulsives, et ces secousses se généralisent rapidement dans tout le côté gauche. L'accès dure 2 ou 3 minutes : le malade retombe après dans le coma. Le malade a sa dernière attaque épileptiforme le lundi à midi. Après celle-ci, le malade est resté dans le coma jusqu'à dix heures du soir, où il a succombé. Quarante-huit heures s'étaient écoulées depuis le début des accidents.

AUTOPSIE. — Le cerveau ayant été enlevé, on examine les deux hémisphères. Le gauche est trouvé intact.

L'hémisphère droit, au contraire, présente la lésion suivante : En enlevant les méninges au niveau du lobe frontal, on amène un gros caillot de sang qui remplissait une cavité ovoïde, creusée dans la substance cérébrale et s'ouvrant sous les méninges. Il s'agit là d'une hémorragie dont le siège exact a été déterminé par des coupes. C'est dans la substance blanche qui est située sous l'écorce de la 2^e frontale que paraît s'être faite l'hémorragie : la disposition du foyer semble indiquer que c'est consécutivement que l'écorce de la 2^e frontale s'est perforée et que la lésion est devenue sous-méningée. Toutes les régions lésées ha-

bituellement dans l'hémiplégie (noyaux gris, centres corticaux, capsule interne) sont parfaitement intactes.

RÉFLEXIONS. — Le contenu d'une lésion sous-méningée considérable dans le voisinage des centres moteurs rend parfaitement compte des accès épileptiformes. L'hémiplégie s'explique moins bien. On peut admettre qu'il y a eu compression de la capsule interne par le foyer hémorragique. On peut aussi se demander si l'hémiplégie observée au 2^e jour de la maladie (le malade n'ayant pu être examiné le premier jour) n'était pas de l'hémiplégie post-épileptique.

M. BALLET dit que de semblables faits ne peuvent pas être invoqués contre la doctrine des localisations cérébrales, à cause des phénomènes apoplectiformes récents et répétés. Il y a, dans ces conditions, une action de voisinage qui échappe à toute mesure, mais dont il faut tenir compte. Quant aux convulsions, leur apparition n'a rien d'étonnant en présence d'un caillot sanguin étalé à la surface des circonvolutions.

26.—M. PHOCAS présente une volumineuse hernie inguinoscrotale. Les signes étaient ceux d'une *épiplocèle*. L'opération ayant été faite, on trouva une anse de l'intestin grêle, mais pas d'étranglement. Ne s'agirait-il pas, comme l'a pensé M. Trélat, d'un véritable engouement gazeux. Il aurait suffi d'une piqûre pour évacuer le gaz et réduire l'anse herniée.

27. Epithélioma du 1/3 inférieur de l'œsophage. — **Aortite chronique avec propagation au plexus cardiaque.** — **Pas d'angine de poitrine;** par M. PARMENTIER.

Il s'agit d'un vieillard de 72 ans, entré le 10 janvier, salle Saint-Landry, à l'hôpital Lariboisière (service de M. BOUCHARD, remplacé par M. BARTH).

Sans antécédents morbides autres qu'un emphyseme, il présente une émaciation déjà avancée et dont le début remonterait à trois mois environ. Depuis cette époque, il souffre d'une douleur rétro-sternale sourde et continue, comparable à celle que produirait un corps étranger qui l'oppresserait; jamais il n'a présenté d'accès qui puisse faire penser à de l'angine de poitrine. L'alimentation donne lieu à une exacerbation manifeste des souffrances qu'il

éprouve et à une sensation de plénitude intra-thoracique. Les solides sont rejetés quelques minutes après l'ingestion non par acte de vomissement, mais par véritable régurgitation, presque sans effort, et ordinairement mélangés aux liquides, qui sont cependant mieux supportés. Faisant boire le malade, il est facile de constater le bruit de glou-glou en auscultant la partie postérieure de la cage thoracique, vers son tiers inférieur et près de la colonne vertébrale. Il n'a eu ni vomissement sanguin ni hoquet; et la recherche des ganglions sus-claviculaires est négative, de même que la palpation de l'épigastre et de l'hypocondre gauche.

Les artères sont athéromateuses. Le poulx est plein, bondissant. La percussion du cœur permet de déceler une légère hypertrophie de cet organe, et, vers la base, l'étendue de la matité indique que la crosse de l'aorte est plus volumineuse que normalement et atteinte d'artérite. — L'auscultation fait entendre à la base et au 2^e temps le souffle doux de l'insuffisance aortique. — Les urines ne contiennent pas d'albumine. — La température est normale. — Les jours suivants, le malade alla s'affaiblissant de plus en plus, et mourut le 21 janvier dans le cours d'une pneumonie lobaire inférieure droite.

AUTOPSIE. — L'œsophage présente, à quatre centimètres du cardia, un rétrécissement permettant à peine le passage d'une plume d'oie, et mesurant 1 centimètre et demi de long. Au centre du néoplasme, face interne, ulcération. Les parties voisines sont tuméfiées et indurées. Au-dessus de cet épithélioma, on trouve une petite dilatation en forme de poche. Le cardia est sain.

Il existe sur le péricarde pariétal et viscéral de la péri-cardite sèche de date récente. — L'orifice aortique est dilaté et les valvules sigmoïdes sont épaissies. L'aorte offre sur toute sa longueur les caractères de l'artérite chronique, et en de nombreux points, près de l'origine du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive gauche, des plaques d'athérome. L'artério-sclérose est surtout prononcée à la naissance de l'aorte, dont les parois sont épaissies et la tunique externe injectée. — L'orifice des artères coronaires est libre, et ces vaisseaux ne sont rétrécis en aucun point de leur trajet, suivi dans sa plus grande partie. — La crosse de l'aorte est dilatée dans ses deux premières portions. Les poumons sont emphysémateux, et le lobe inférieur du poumon droit est le siège d'une pneumonie arrivée à la période d'népatisation grise. — Les reins sont ceux de la néphrite interstitielle. — Le foie est normal.

RÉFLEXIONS. — Étant données les altérations de l'aorte et du péricarde et l'injection de toute la région qu'occupe le plexus cardiaque, il est certain que ce dernier a été touché par l'inflammation, qui, peut-être, s'est propagée de l'aorte à la séreuse : or, le malade n'a jamais eu d'accès d'angine de poitrine. — En présence de ces faits, n'est-il pas juste de penser que la névrite du plexus cardiaque a donné lieu à cette douleur rétro-sternale sourde qu'accusait le malade et sur laquelle insiste M. Bucquoy, et de croire qu'à l'ischémie cardiaque seule doit être attribuée le syndrome morbide de l'angine de poitrine ?

38. Tuberculisation des organes génitaux de la femme ;
par Eugène REVILLION, interne des hôpitaux.

Le 13 janvier 1884, la nommée M..., âgée de 51 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. LANDRIEU).

Elle se plaint de diarrhée, durant depuis six mois. Ses matières fécales ont l'aspect typhique. Elle a de vives douleurs abdominales et des vertiges. Ces symptômes nous font d'abord croire à l'existence d'une dothiéntérie ; mais, vu l'absence d'épistaxis, de gargouillement caecal, de taches rosées, d'albuminurie et d'insomnie ; vu, au contraire, l'aspect de la langue, laquelle est sèche et comme vernissée, et l'état des poumons, dont les sommets dénotent une tuberculose en voie d'évolution, nous modifions notre diagnostic et posons celui d'*entérite tuberculeuse*. Rien n'attire notre attention du côté des organes génitaux, la ménopause ayant eu lieu quelques années auparavant. L'isthme du gosier et le pharynx sont rouges et granuleux. L'auscultation du poumon fait entendre des râles secs et humides, des craquements, surtout au sommet gauche. Rien du côté du cœur.

L'état général est grave, la diarrhée persiste malgré un traitement approprié ; bientôt survient un léger délire ; la température, jusque-là élevée, s'abaisse peu à peu à la normale, les extrémités se refroidissent, le collapsus survient, et la malade succombe le 22 janvier.

AUTOPSIE le 24 janvier, 46 heures après la mort. — **Poumons.** Le poumon droit est adhérent du haut en bas à la paroi costale, il est farci de tubercules en voie de ramollissement caséeux, ils sont tout à fait confluent au sommet, et disséminés dans le reste du poumon. Les ganglions bronchiques sont rouges, tuméfiés et dégénérés. Le pou-

mon gauche est très dur à la coupe, il présente les mêmes altérations que l'autre, sauf au sommet, où l'on découvre 2 ou 3 cavernes, dans sa partie postéro-externe, à 3 travers de doigt au-dessous du point culminant. Ces excavations sont grosses comme des noix et placées les unes au-dessus des autres. Pas de lésion dans la trachée. — *Cœur* normal. Pas d'épanchement péricardique. — *Foie* gras, pèse 2,000 grammes. Pas de granulations à sa surface. — *Rate* volumineuse, congestionnée, consistance normale. — *Reins* sans granulations à leur surface; capsule non adhérente, surface corticale très pâle. — *Mésentère* parsemé de granulations miliaires sur toute son étendue. Les *lymphatiques* sont turgescents, les *ganglions* tuméfiés.

Intestin. Par transparence de la séreuse, on aperçoit déjà sur sa face externe des taches blanchâtres, faisant saillie sur le péritoine. Elles sont disséminées sur toute la longueur de l'intestin grêle et du côlon ascendant, abondantes surtout sur le cæcum, confluentes même en ce point, espacées ailleurs sans régularité. A l'ouverture de l'intestin, on constate qu'à chacune des taches qui se voyaient extérieurement correspond sur la muqueuse une ulcération, irrégulière, festonnée, plus ou moins profonde, à bords taillés à pic et décollés, à fond sanieux. Par ci par là, on trouve une plaque de Peyer ulcérée, du reste absolument semblable aux ulcérations que nous venons de décrire. Les parties avoisinantes sont rouges et tuméfiées. Les ulcérations sont disséminées dans tout l'intestin grêle et confluentes dans le cæcum.

Utérus et ses annexes. Rien d'apparent à l'extérieur sur le corps de l'utérus; au niveau de son col et du côté gauche se voit une ulcération qui intéresse l'épaisseur de la muqueuse. Le vagin est parfaitement sain.

La cavité utérine a conservé ses dimensions physiologiques, elle est entièrement remplie d'une substance blanchâtre, caséeuse. La muqueuse est profondément altérée, creusée de cavités anfractueuses de petites dimensions qui renferment cette même substance et la déversent dans l'utérus. Le col est vide jusqu'à son orifice interne.

Les trompes sont très augmentées de volume, acquièrent à leur extrémité libre le diamètre d'une forte plume à écrire, leur extrémité adhérente à l'utérus est moins volumineuse; elles sont très flexueuses. Leur intérieur est également rempli de substance caséeuse, et leur muqueuse altérée comme la muqueuse utérine. L'une d'elles présente un kyste gros comme une petite noisette.

Les ligaments larges sont déformés par d'anciennes

adhérences, mais ne présentent pas de lésions tuberculeuses. Les ovaires sont tous deux en dégénérescence caséuse; le péritoine présente à leur niveau des taches blanchâtres, saillantes, analogues à celles de l'intestin.

Méninges tout à fait dépourvues de granulations tuberculeuses. *Encéphale* normal.

RÉFLEXIONS. — En résumé : tuberculose pulmonaire en voie de ramollissement, granulations sur le péritoine, ulcérations intestinales et, enfin, tuberculose des organes génitaux internes, cette dernière localisation ayant passé inaperçue pendant la vie, sans doute à cause de l'âge de la malade, qui avait passé la ménopause.

29. Tumeur des méninges cérébrales. — (*Sarcome angiolithique*). — **Hémiplégie, aphasie intermittente;** par M. J. DARIER, interne des hôpitaux.

Le nommé G..., 37 ans, terrassier, est entré le 20 octobre 1883 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Bichat, n° 7 (service de M. MESNET).

Cet homme n'a rien dans ses antécédents qui mérite d'être noté. Il n'est ni alcoolique, ni syphilitique. Il y a quatre mois, il n'avait jamais présenté aucun symptôme de maladie cérébrale, ni céphalalgie, ni vertiges, ni attaque d'aucune sorte, ni faiblesse des membres. A ce moment, au mois de juin, il est un jour, pendant son travail, pris subitement et sans prodrome d'une perte de connaissance qui dure cinq minutes environ. Il tombe comme une masse, et quand on le relève, on le trouve paralysé des membres du côté droit. Cette hémiplégie est flasque, ne s'étend pas aux muscles de la face, n'est pas accompagnée d'anesthésie; mais ce malade présente de l'incontinence des urines et des matières fécales. Pas trace d'aphasie. Quelques semaines après, tous ces symptômes avaient, à ce qu'il affirme, entièrement disparu. Trois jours avant son admission, le 17 octobre, il a une seconde attaque, avec perte de connaissance, hémiplégie et cette fois aphasie.

A son entrée, on constate la paralysie flasque du côté droit, l'intégrité des muscles de la face et de la sensibilité sur tous les points. L'aphasie est complète. Le malade entend pourtant et comprend quand on lui parle; il tire la langue quand on le lui demande. Cette aphasie a été temporaire. Dès le lendemain, il pouvait articuler quelques mots, répéter ceux qu'on lui disait et même en trouver d'autres.

Au bout de huit jours, il soutenait une conversation, avec un peu de fatigue il est vrai. C'est lui, cependant, qui a pu donner les renseignements ci-dessus à mon collègue, M. Poupinel, alors interne du service, lequel a bien voulu me les communiquer. Six jours après cette deuxième attaque, on a remarqué de la raideur du membre supérieur droit. Celui-ci entre bientôt en contracture véritable et n'est plus sorti de cet état. Le 29 octobre survient une troisième attaque identique à la précédente. L'aphasie disparaît également, mais en quinze jours seulement.

A partir de la mi-novembre, la parole était revenu, le membre supérieur était en contracture dans la flexion forcée et le malade ne pouvait aucunement s'en servir. Il se lève, peut marcher un peu, quand on le soutient. Le membre inférieur droit est parésié et il boite notablement dans la marche. Plusieurs fois, dans le courant du mois de décembre, il a pu descendre un étage et se promener dans le préau. Son intelligence est fort médiocre, il est dans un état de demi-hébétude et pleure à tout propos. Il gâte encore assez souvent. Parfois, lorsqu'il est debout, il est pris de vertiges, tourne sur lui-même et tomberait si on ne le soutenait. Il y a un peu de gêne de la déglutition, en ce sens qu'en mangeant, il est souvent pris d'accès de toux. Il semble ne pas pouvoir retenir dans sa bouche les aliments encore incomplètement mâchés, et une fois même, l'infirmier dut lui retirer du pharynx un gros morceau de viande qui l'étouffait.

Il toussait passablement, et l'examen de la poitrine révélait des signes de bronchite. Cœur absolument normal.

Jamais il ne s'est plaint de céphalalgie; jamais il n'a présenté de convulsions épileptiformes, ni de vomissements. Pas d'albumine dans les urines.

Tel est l'état dans lequel nous l'avons trouvé et les symptômes que nous avons constatés à notre entrée dans le service, au commencement de janvier.

Le 20 janvier, le malade fut pris d'une quatrième attaque pendant la nuit. On le trouva le matin sans connaissance, en résolution musculaire aphasique, comme lors des attaques précédentes. Il n'a pas eu de convulsions, ni de délire. Deux jours après, la parole commence à revenir, mais la respiration est gênée et, le 23 janvier, le malade succombe après une courte période de coma.

AUTOPSIE. — Tous les viscères thoraciques et abdominaux, examinés avec soin, ne présentent aucune lésion; les poumons seuls sont congestionnés fortement à leur base.

La cavité crânienne nous réservait l'explication des symptômes constatés pendant la vie. La calotte crânienne, d'épaisseur et de consistance normale, présente à la partie antérieure et supérieure du pariétal gauche un amincissement et une adhérence considérable à la dure-mère. Ce point correspond à une tumeur dont on constate d'emblée l'existence, grâce à sa saillie et à sa consistance.

Cette tumeur a un volume supérieur à celui d'un œuf, comparable à celui d'une petite pomme. Elle correspond exactement au pied de la première circonvolution frontale gauche, circonvolution dont elle occupe et remplace la moitié postérieure. Le pied de la deuxième frontale est atteint dans sa partie supérieure. La frontale ascendante est également détruite en grande partie dans son tiers supérieur. La tumeur n'arrive pourtant pas à la scissure de Rolando, dont la sépare encore un bourrelet de substance cérébrale ayant 5 millimètres de largeur. Elle empiète sur une partie correspondante de la face interne de l'hémisphère. Tout autour de la tumeur, les veines de la pie-mère sont très dilatées et variqueuses. Les circonvolutions de tout l'hémisphère, celles du lobe frontale en particulier, sont comprimées et aplaties contre la boîte osseuse par ce corps étranger. C'est à cette compression et autres troubles circulatoires qu'on doit sans aucun doute attribuer les accès de paralysie temporaire du membre inférieur et d'aphasie intermittente. Le centre moteur du membre supérieur est en effet seul détruit. Sur une coupe verticale et transversale, on voit que le noyau néoplasique a déprimé la région des fibres blanches de la capsule interne et du corps calleux, mais n'atteint nullement les noyaux gris centraux.

La tumeur elle-même offre une consistance ferme, une certaine friabilité, une coloration d'un gris rosé sur la coupe. Sa surface est un peu déprimée au centre, mais lisse à sa face crânienne, laquelle a une apparence comme rayonnée. A ses points de contact avec la substance cérébrale, elle est bosselée par de petites élevures hémisphériques grosses au plus comme un pois ou une petite noisette. Un fragment écrasé entre les doigts ou entre deux lames de verre ne semble pas contenir de « sable cérébral ». Quant aux rapports avec les méninges, on trouve la dure-mère intimement adhérente à la dépression centrale que nous avons décrite. La pie-mère semble avoir disparu à ce niveau, mais les bords de la tumeur, ou plutôt de la coque cellulo-vasculaire qui l'enveloppe, se continuent avec elle. La tumeur ne se continue pas avec la substance nerveuse,

elle s'en énuclée facilement, semble s'y être creusé une loge; selon toute probabilité, le point de départ de la néoplasie serait donc la pie-mère.

Nous avons pratiqué au laboratoire du collège de France l'examen histologique de la tumeur. — Un fragment de la pièce a été mis 24 heures dans le liquide de Müller, puis, après un séjour de quelques heures dans l'eau, coupé au microtome, par congélation. D'autres préparations ont été obtenues par dissociation ou par le raclage d'une surface de section. Coloration par le picro-carmin, conservation dans la glycérine. — La tumeur est constituée par du *sarcome angiolithique* (Cornil et Ranvier), psammome de Virchow, épithéliome de Robin, endothéliome de quelques auteurs. On aperçoit sur la coupe des cellules d'apparence fusiforme, plus ou moins larges et assez longues, pressées les unes contre les autres, à noyau ovoïde, se colorant bien par le carmin. Par leur réunion, ces cellules forment des tractus longitudinaux, séparés par des tourbillons ou pelotonnements, au centre desquels on voit les corpuscules caractéristiques de ce genre de tumeur. Ces corpuscules ronds ressemblent beaucoup à des globes épidermiques. Ils sont composés de cellules aplaties formant une série de cercles concentriques, au centre desquels on trouve une ou plusieurs cellules plus grandes, granuleuses, souvent teintées en jaune par l'acide picrique.

Les vaisseaux, fort nombreux dans la préparation, ont des parois constituées par des éléments identiques à ceux du reste de la tumeur. Le liquide de Müller a conservé les globules sanguins dont on les voit encore remplis. Il est à noter qu'on trouve toujours plusieurs canaux vasculaires au voisinage des groupes de corpuscules dont nous avons parlé. Les dissociations dans lesquelles les différents éléments se séparent avec une grande facilité, permettent de les étudier mieux. Les cellules, qui semblaient fusiformes, se montrent pour la plupart aplaties, très larges, avec de courts prolongements et, en somme, analogues aux cellules endothéliales des vaisseaux ou aux cellules plates du tissu conjonctif. Les corpuscules sont presque tous fixés à un pédicule souvent rompu et dilacéré. Lorsque ce pédicule est conservé, on peut le suivre jusqu'à un vaisseau, qui s'est également laissé dissocier, et on constate ainsi la réalité de la pathogénie de ces corpuscules, telle qu'elle a été établie par MM. Cornil et Ranvier. Ces corpuscules ne sont presque pas calcifiés dans notre cas, ce qui doit sans doute être attribué à l'accroissement relativement rapide de la

tumeur. Les dimensions qu'elle présente ne sont en effet pas habituelles.

30. Fracture intra-capsulaire du col du fémur avec engrenement des fragments; par M. LÉONARD, interne des hôpitaux.

A l'hôpital Ténon (service de M. GILLETTE), est entrée au n° 28 de la salle Delessert, la nommée Daucher, âgée de 70 ans.

Son visage est tuméfié, ses joues rouges violacées; elle est très oppressée, et, à première vue, on reconnaît une maladie du cœur : l'auscultation révèle en effet une insuffisance mitrale type. Cette malade nous raconte qu'elle a glissé sur une marche d'escalier et est tombée de tout son poids sur la hanche gauche; elle s'est relevée avec peine, a pu encore faire quelques pas, puis le jour même, 11 janvier, a été transportée sur un brancard à l'hôpital Ténon. Nous n'observons pas d'ecchymose au niveau du grand trochanter; la pression, de dehors en dedans, faite en ce point, est légèrement douloureuse; la pression au milieu du pli de l'aîne fait crier la malade; nous insistons sur ce point, car cette douleur seule pouvait faire penser à une fracture du col. Et, en effet, le membre n'est pas dans la rotation, n'est pas raccourci; les deux épines iliaques antéro-supérieures sont sur la même ligne horizontale; la malade peut détacher le talon du lit, mais très peu, il est vrai, et cela avec une très grande difficulté. M. Gillette fléchit la cuisse, et l'enfoncement de l'articulation coxo-fémorale, fait avec le talon de la main, ne produit aucune douleur. Pas de crépitation dans les mouvements communiqués à l'articulation. T. 37°,8.

En présence de ces faits, M. Gillette admet de toute évidence une contusion de la hanche et rejette absolument une fracture du col. Quelques compresses résolutives sont appliquées au niveau de la hanche.

12 janvier. La pression trochantérienne n'est plus douloureuse, la malade détache un peu mieux le talon du lit; mais la douleur dans le pli de l'aîne persiste avec son intensité première; le membre est toujours dans la situation normale. — Les jours suivants, aucun changement ne se manifeste; aussi M. Gillette, voyant cette douleur persister, se demande s'il n'y a pas là de fracture. — Cette femme mourut par syncope, le vendredi 18 janvier, c'est-à-dire huit jours après sa chute.

AUTOPSIE. — Le diagnostic d'insuffisance mitrale est véri-

fié; le ventricule gauche est épais, grasseux, rempli par un caillot volumineux; le ventricule droit nous paraît indemne. Poumons très congestionnés. Foie gris, congestionné. Rate volumineuse, diffluente.

Nous avons désarticulé le fémur et scié cet os un peu au-dessous du grand trochanter; nous avons constaté alors une fracture intra-capsulaire du col du fémur. Cette fracture siège en avant, à l'union du col avec la tête; les deux fragments sont un peu écartés, de telle sorte que la tête est légèrement déjetée en arrière. On comprend également que le rebord de la tête ainsi déplacée ne permet pas de voir s'il y a oui ou non en arrière un trait de fracture. — Le périoste passe en avant, à la façon d'un pont, d'un fragment sur l'autre; aussi la mobilité que l'on peut imprimer est-elle très restreinte, et *à priori* on pourrait croire à une fracture incomplète. Cependant, M. Gillette fait quelques réserves pour une fracture complète, avec engrenement du fragment.

D'après les conseils de M. Cornil, nous nous sommes mis en devoir de faire une section de l'os suivant le plus grand diamètre du col; mais la section n'a pas été terminée, que deux fragments se sont séparés: l'un interne, ayant pour base la tête fémorale et ayant tout à fait la forme d'un coin; l'autre, externe, présentait une cavité de réception.

REFLEXIONS. — Cette observation a cela d'intérêt que tous les signes du col manquent, sauf la douleur persistante du pli de l'aîne. Nous croyons donc que, si après une chute et un coup porté sur la hanche, une douleur vive au pli de l'aîne vient à persister pendant plusieurs jours, on devra penser à une fracture du col du fémur, alors même qu'il n'existerait ni rotation, ni raccourcissement du membre.

31. Dénudation de la veine axillaire consécutive à l'extirpation de ganglions dégénérés dans un cas de cancer du sein. — Phlébite. — Mort par infection purulente; par M. VARNIER, interne des hôpitaux.

La nommée Durand, 63 ans, entre le 23 décembre 1883, salle Cochin, lit n° 9 (service de M. DURET, suppléant M. Th. ANGER).

Cette malade vient pour se faire opérer d'un squirrhe du sein droit ayant débuté il y a dix-huit mois et ulcéré depuis trois semaines. Les ganglions de l'aisselle sont pris, l'état général est satisfaisant. L'amputation du sein est

pratiquée le 7 janvier 1884, par M. Marchand, suppléant M. Duret pour quelques jours. On fait la toilette de l'ais-selle, d'où l'on extrait, par la dissection et l'arrachement combinés, plusieurs ganglions cancéreux. L'un de ces gan-glions adhère à la veine axillaire, qu'on voit très nettement à la fin de l'opération dénudée dans une étendue de 3 cen-timètres au fond de la plaie axillaire. Réunion et drainage. Pansement de Lister.

Pendant les premiers jours, les suites de l'opération pa-raissent devoir être très simples; le soir du troisième jour, l'apyrexie est complète.

Le soir du sixième jour, la température remonte brus-quement à 39°; atteint 40° le soir du septième jour, 40°,4 le huitième, et cela avec des rémissions matinales insigni-fiantes. En même temps surviennent quelques petits fris-sons, des vomissements; la langue est saburrale, la consti-pation opiniâtre. On cherche du côté de la plaie l'explication de ces phénomènes inquiétants; il n'y a pas trace d'érys-i-pèle, mais les sutures profondes suppurent abondamment et quelques points de la plaie, qui semblaient réunis, s'en-tr'ouvrent et suppurent également. — Aucune complication viscérale. La malade n'accuse de souffrances en aucun point. En présence de cette absence de complications soit locale soit générale, on attribue ces températures élevées à l'embarras intestinal et, en effet, l'administration d'un purgatif énergique le 14 est suivie dès le lendemain matin d'une chute de deux degrés et d'une amélioration très no-table.

Pendant deux jours, on croit tout danger écarté; mais le 16 au soir, la température atteint de nouveau 39°. Le 17 au matin, 38°,2; la plaie se désunit sur toute son étendue et suppure abondamment; la malade s'affaiblit, ses traits se grippent; sa respiration est embarrassée, et l'auscultation fait découvrir de nombreux râles de congestion aux deux bases. Douleurs vives dans le bras, sur le trajet du faisceau vasculo-nerveux et dans l'épaule. — Même état le 18. — Le 19 janvier, le membre supérieur droit est le siège d'un gonflement œdémateux énorme, avec dilatation des veines superficielles. Il existe une douleur vive le long du bord interne du biceps, et l'on croit sentir à ce niveau un cordon induré. — Le soir, même état.

Le 20 matin, 38°,8. Même gonflement du bras droit. La respiration est fréquente, anxieuse; pas de point de côté, pas d'expectoration sanguinolente. A l'auscultation, on trouve dans toute l'étendue des deux poumons des râles humides, plus nombreux et plus fins en arrière, au niveau

des bases. — Pas de grands frissons; pas d'albumine dans les urines. — Teint terreux, faciès grippé. — Douleurs vives dans le genou droit, où l'on constate l'existence d'un léger épanchement.

Le 21, la respiration s'embarrasse de plus en plus, progressivement, sans paroxysmes dans la dyspnée. — 40 respirations par minute. Signes de congestion et d'œdème pulmonaires. — Mort à huit heures.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — Épanchements purulents dans le genou et l'épaule droits. — *Poumons* : Pas d'infarctus ni d'abcès métastatiques. — Congestion et œdème très marqués; foyers de broncho-pneumonie. — *Cœur* : Rien de particulier dans les cavités gauches; dans l'oreillette et le ventricule droit, on trouve un caillot blanc, non adhérent, paraissant ramifié, dont le centre est cruorique et que M. Duret considère comme un caillot veineux détaché. Pas de caillot dans l'artère pulmonaire. — *Foie* : 1,500 grammes, un peu pâle, sans abcès métastatiques. — *Rate* : 250 grammes, diffluente, ecchymotique, sans infarctus ni abcès. — *Reins* : Rien d'apparent à l'œil nu.

Veines du bras et de l'aisselle. — L'œdème du membre supérieur droit a presque complètement disparu; la peau est marbrée de lignes violacées, dessinant le trajet des veines sous-cutanées, qui sont gorgées de sang. On ne sent pas le moindre cordon induré sur le trajet des veines humérales profondes. Après avoir mis à nu le paquet vasculo-nerveux, depuis le pli du coude jusqu'à la première côte, en enlevant avec précaution la clavicule, on voit que les veines humérale et axillaire, au lieu d'être transparentes et noires, présentent des parois très épaisses, nullement transparentes, rougeâtres et ressemblent assez aux artères qu'elles accompagnent. La veine humérale se laisse aisément isoler de la gaine et des organes qui l'accompagnent; son calibre est égal à celui d'une plume de corbeau, régulier, sans renflements moniliformes. Il n'existe de pus sur aucun point de son trajet. La veine axillaire ne peut être isolée de la même façon; au niveau du point où elle se trouve en rapport avec la plaie axillaire, elle est entourée complètement d'une épaisse gangue inflammatoire, comme lardacée, criant sous le scalpel. — La dissection montre qu'en aucun point de cette sorte de gaine il n'existe de pus. — La veine sous-clavière, le tronc veineux brachio-céphalique et la veine cave supérieure présentent leur aspect normal.

Le paquet vasculo-nerveux est alors sectionné sur la pre-

mière côte, au niveau du point où la veine sous-clavière apparaît normale. Par le bout central de cette veine, il s'écoule du sang mêlé de quelques grumeaux blanchâtres comme s'il s'y trouvait mélangé un peu de pus; par le bout périphérique, on voit sortir un liquide sanieux, semblable à de la lie de vin, rappelant tout à fait ce que Cruveilhier décrit dans les veines atteintes de phlébite suppurative. — La veine axillaire et la veine humérale, incisées sur toute leur longueur, se montrent avec des parois très épaissies. Cet épaississement est surtout marqué au niveau de la portion de la veine axillaire qui répondait à la plaie. Il existe en ce point un rétrécissement très marqué de la lumière du vaisseau et une teinte noirâtre, ecchymotique de la membrane interne qui, partout ailleurs, est rouge foncé, granuleuse. En aucun point des veines examinées, il n'existait de caillot. Ces veines étaient partout remplies de ce liquide sanieux, lie de vin, dont nous avons noté l'écoulement à la section et qui ressemble à du pus sanguinolent.

RÉFLEXIONS. — Cette observation montre une fois de plus le danger de la dénudation des grosses veines, danger sur lequel Broca, Langenbeck, Wood, Ollier et Gross ont appelé l'attention. Si, en effet, comme le remarque M. Terrier, la dénudation des veines ne s'accompagne pas d'accidents lorsqu'elle est peu étendue et porte sur des vaisseaux peu volumineux, elle peut déterminer la thrombose et la phlébite lorsqu'elle atteint des vaisseaux de gros calibre.

32. Rapport sur la candidature de M. A. Gilbert au titre de membre-adjoint; par M. DESNOS.

Je rappellerai à la Société deux des communications de M. GILBERT.

La première a trait à un homme qui mourut d'occlusion intestinale. A l'autopsie, l'on reconnut que les accidents avaient pour point de départ un entérolithe engagé dans l'appendice cæcal. Par l'irritation prolongée qu'il avait engendrée, cet entérolithe avait amené l'oblitération de l'orifice qui, normalement, fait communiquer la cavité de l'appendice avec celle du cæcum, l'épaississement des parois de l'appendice, et la formation dans leur épaisseur d'un abcès du volume d'une petite noix; enfin, il avait déterminé l'adhérence de l'appendice à une anse intesti-

nale située à égale distance de la valvule pylorique et de la valvule de Bauhin.

Bien que l'adhérence de l'appendice iléo-cæcal à l'intestin fût la cause véritable de l'occlusion, celle-ci ne siégeait pas au niveau de l'adhérence elle-même, mais quelques centimètres plus haut. L'occlusion avait donc un double agent : 1° Un agent direct et actif représenté par la portion ultime de l'iléon qui, prenant en écharpe l'intestin à quelques centimètres au-dessus de son adhérence à l'appendice, l'étranglait en même temps qu'il s'étranglait sur lui ; 2° Un agent indirect et primordial représenté par l'adhérence entéro-iléo-cæcale qui, formant une barrière infranchissable à l'iléon, l'obligeait à maintenir l'intestin enterré.

La seconde communication de M. Gilbert est un bel exemple de calcification de la plèvre. A l'autopsie d'un malade qui mourut de cancer et de tuberculose, la plèvre droite fut trouvée calcifiée dans son tiers inférieur, sur une largeur de vingt centimètres et sur une hauteur de douze centimètres. Cette large plaque calcaire offrait une épaisseur progressivement croissante d'avant en arrière, du sternum à la colonne vertébrale. En avant, son épaisseur n'atteignait pas un demi-centimètre ; en arrière, elle dépassait un centimètre et demi. Sa consistance était considérable et absolument comparable à celle du tissu osseux. Sur une coupe, elle offrait deux zones : l'une, corticale, jaunâtre, d'apparence cornée ; l'autre, centrale, blanchâtre, d'apparence calcaire et ossiforme. L'analyse chimique montra que la proportion de l'élément minéral et de l'élément organique était à peu près identique à celle que l'on observe dans le tissu osseux vrai. Par ses caractères physiques, par ses caractères chimiques même, cette pseudo-ossification pouvait donc en imposer pour une ossification légitime, mais elle s'en distinguait nettement par l'ensemble de ses caractères histologiques : la zone corticale ou cornée se montrait, en effet, au microscope, simplement formée de tissu fibreux serré, et la zone centrale ou calcaire de tissu fibreux calcifié, creusée de lacunes et de fentes de forme et de dimensions les plus variables, ne ressemblant nullement aux ostéoplastes.

33. Cirrhose graisseuse. — Alcoolisme, tuberculose, par MM. Albert MATHIEU, chef de clinique médicale et MALIBRAN, interne des hôpitaux.

La nommée L. E..., âgée de 37 ans, fleuriste, entre le

22 janvier 1884 salle Sainte-Jeanne, lit n° 17. (Service de M. le professeur G. SÉE.)

Pas d'antécédents syphilitiques appréciables. Pas de maladie antérieure. De temps en temps, la malade aurait eu des vomissements bilieux et des pituites le matin. Elle s'était, dit-elle, surmenée à l'époque où a débuté la maladie qui l'amène actuellement à l'hôpital.

Le 14 juillet 1883 elle fut prise brusquement de crachement de sang ; elle en rendit coup sur coup deux ou trois gorgées. Depuis cette époque, elle tousse, elle a de la fièvre et maigrit. Elle a des sueurs nocturnes. Les règles ont disparu depuis deux mois. Il y a six semaines, son teint a commencé à jaunir. Les vomissements sont devenus fréquents. Son ventre a augmenté de volume depuis un mois. Il n'est pas douloureux ; jamais, en particulier, elle n'a eu de douleur dans la région du foie. Elle ne rappelle rien qui ressemble à une colique hépatique. Depuis cette époque, son affaiblissement s'est de plus en plus accentué. Depuis huit jours, elle a du gonflement des jambes et des parois abdominales. Il existe aussi un certain degré de tuméfaction œdémateuse de la face. Il est très vraisemblable que cette malade n'était pas fleuriste, en réalité, et qu'elle menait une existence irrégulière dans laquelle les excès alcooliques tenaient une certaine place.

Etat actuel. — Teinte ictérique généralisée. Cyanose. Dyspnée considérable. Gonflement marqué de l'abdomen. La langue est nette, un peu rouge. Le pouls est petit, ondulant, précipité. L'expectoration, assez abondante, aérée, est composée par des parties d'aspect très différent : on y trouve un liquide blanchâtre, spumeux, des crachats complètement teintés de bile ; au fond du crachoir, on aperçoit des masses muco-purulentes, les unes libres, déchiquetées ou nummulaires, les autres adhérentes. Quelques-unes sont sanguinolentes.

Par la *percussion*, on constate de la matité dans les fosses sus et sous-épineuses et dans la fosse sous-clavière gauche. A l'*auscultation*, on trouve de véritables gargouillements dans ces mêmes régions. En dehors de ces points, dans toute l'étendue du poumon, on perçoit des râles sous-crépitants, à grosses bulles. La sonorité est plutôt exagérée que diminuée à la percussion.

L'abdomen est fortement distendu ; ses parois sont œdémateuses, sillonnées par des veines saillantes, dilatées. Le foie est notablement augmenté de volume ; son bord libre peut être perçu depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à trois ou quatre travers de doigts au-dessus de

l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'œdème des parois abdominales fait qu'il est difficile de se faire une idée nette de sa régularité et de sa consistance. Par la percussion, on trouve son bord supérieur à peu près au niveau du sixième espace intercostal. La rate paraît également augmentée de volume. La sonorité abdominale est conservée en dehors de ces points. Il n'y a pas d'ascite. Mort le 23 janvier.

AUTOPSIE. — On trouve les sommets du poumon infiltrés de dépôts caséux, en partie ramollis, creusés de caverneules. Les reins sont congestionnés, peut-être à la fois gras et légèrement sclérosés. Le foie est volumineux, il pèse 2 kilog. 360 gr. Il n'existe pas de péri-hépatite ; cependant le ligament falciforme paraît un peu épaissi. A la coupe, on constate une fusion presque complète des lobules sur différents points. Leur limite respective est extrêmement indécise. Ils sont de coloration jaune pâle. Ailleurs, le contour des lobules est franc ; ils sont entourés d'un anneau ovoïde. Certains îlots sont plus colorés, à teinte verdâtre et sans doute infiltrés de bile. La rate est un peu volumineuse.

Examen histologique fait par le D^r P. BOURCY. — *Reins.* Les reins sont remarquablement sains : glomérules et tubes urinifères intacts ; pas de sclérose ou d'infiltration embryonnaire péritubulaire ou périvasculaire.

Foie. Le foie présente les altérations suivantes : A un faible grossissement (ocul. 1, obj. 0. Verick), les lobules paraissent peu distincts, les espaces et fissures étant mal limités ; çà et là quelques îlots scléreux, colorés en rose par le picro-carmin, peu étendus et répartis sans ordre. A un grossissement plus fort (ocul. 1, obj. 2 et 6. Verick), on note les particularités suivantes : Les cellules du foie sont presque toutes malades ; les unes sont gonflées, tendent à se confondre avec leurs voisines, et l'on ne peut en voir les noyaux ; les autres sont transformées en gouttes graisseuses, fortement colorées en noir par l'acide osmique ; d'autres, enfin, sont simplement infiltrées de fines granulations graisseuses. Il y a donc différents modes de lésions cellulaires : tuméfactions, troubles, dégénérescence granulo-graisseuse, transformation adipeuse ; cette dernière altération étant de beaucoup prédominante et répartie sans ordre aussi bien au centre qu'à la périphérie du lobule. — Le tissu conjonctif est considérablement hypertrophié ; mais au lieu de former des îlots ou des anneaux, il s'infiltré dans l'épaisseur des lobules et les dissocie

cellule à cellule; dans certains points, chaque cellule hépatique occupe une véritable loge conjonctive : c'est de la sclérose monocellulaire, de l'hépatite interstitielle aussi diffuse que possible. Les espaces sont peu ou pas élargis; ils ne présentent pas de prolifération des canaux biliaires, et la sclérose s'y est développée aussi bien autour des canalicules que des vaisseaux. — Presque partout, le tissu conjonctif est adulte; à peine voit-on çà et là quelques rares et minuscules amas embryonnaires; pas de tubercules. — Pour être sûr que ces amas embryonnaires n'avaient rien de tuberculeux, on y a recherché les bacilles par la méthode d'Ehrlich : le résultat a été tout à fait négatif.

En somme, hépatite interstitielle diffuse, monocellulaire; dégénérescence graisseuse avancée, pas de tubercules.

FÉVRIER

Séance du 1^{er} février 1884.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL.

1. A l'occasion du procès-verbal, M. BARTH demande à ajouter quelques mots relativement à la présentation qui a été faite en son nom dans la dernière séance par M. PARMENTIER. Le sens de cette présentation paraît avoir été mal compris : en faisant voir à la Société un cas d'aortite avec une désorganisation des trois tuniques, péricardite de voisinage, infiltrations et ecchymoses du tissu sous-séreux, *sans angine de poitrine*, M. Barth n'a eu nullement l'intention de rouvrir le débat sur la question si épineuse de la névrite cardiaque ; il a voulu seulement appeler l'attention sur un fait dans lequel se trouvaient réunies au plus haut degré toutes les lésions macroscopiques invoquées par certains auteurs pour expliquer l'angine de poitrine (épaississement inflammatoire des surfaces de l'aorte, congestion et hémorrhagies interstitielles au niveau du plexus cardiaque, etc.) et dans lequel cependant *il n'y a jamais eu d'angine de poitrine*. Ces lésions peuvent donc exister sans déterminer l'angor pectoris, et il est permis de se demander si dans les cas où elles ont été accompagnées de ce syndrome morbide, elles en étaient bien la véritable cause. D'autre part, il n'est pas sans intérêt d'observer que chez le malade en question, contrairement à ce qui se passe fréquemment en cas d'aortite, les artères coronaires n'étaient nullement rétrécies.

2. M. BRISSAUD présente un cas de *sarcome de la colonne vertébrale* avec propagation secondaire dans le tibia, aux os du crâne et à la dure-mère. Dans la tête du tibia les

noyaux ressemblent à des foyers tuberculeux ; sur la face externe de la dure-mère, il existe des plaques saillantes, étalées, et sur la face externe des os du crâne des bosselures aplaties. Les phénomènes relevés pendant la vie ont été de l'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne, des attaques hystériformes et des douleurs généralisées. La mort est survenue par paralysie bulbaire.

3. M. BROSSARD fait voir un *anévrisme sacciforme* de la partie ascendante de la crosse de l'aorte qui comprimait la bronche gauche et les veines correspondantes.

4. M. RICHARDIÈRE présente au nom de M. Hischmann une *vessie* d'enfant dont les parois sont fortement épaissies. Les uretères, le bassin et les calices sont dilatés. Il n'existe cependant pas de lésion appréciable de la vessie, et la cause de son hypertrophie et de la dilatation des uretères est demeurée absolument inconnue.

5. M. LÉONARD en cherchant à pratiquer un trait de scie sur le *fémur fracturé* qu'il a présenté à la dernière séance à désengréné les fragments et complété la fracture de façon à justifier le terme de fracture par pénétration réciproque employé par M. Quénu.

6. M. BOTTEY présente un *cœur hypertrophié* dans lequel il existe une masse calcaire d'aspect athéromateux perdue dans l'épaisseur du muscle au niveau du segment postérieur de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

7. MM. MALIBRAN et MATHIEU font voir un *foie cirrhotique*, atrophie, dans lequel on trouve deux noyaux jaunâtres, enkystés, constitués sans doute par des masses limitées d'adénome. Pendant la vie il y avait de l'ascite et de l'ictère vert.

8. M. COURTADE présente un *abcès du cerveau* développé à distance dans l'épaisseur du lobe sphénoïdal chez un tuberculeux atteint de carie du rocher.

9. M. DOYEN présente un *cas de thrombose de la veine faciale*, de la veine ophtalmique et des sinus chez une femme qui portait à la face une petite écorchure produite par un simple coup d'ongle. Il y avait de l'exophtalmie double, de l'œdème de la face et des paupières.

M. QUÉNU demande s'il ne s'agissait pas d'une pustule maligne méconnue.

M. CORNIL fait observer que la thrombose ressemble beaucoup plutôt à ce qui se voit à la suite de certains furoncles de la face.

M. BARTH demande s'il n'y avait pas d'érysipèle au pourtour de la petite plaie.

M. DOYEN répond qu'il n'y avait ni érysipèle, ni furoncle ; c'était en apparence, une simple égratignure par un coup d'ongle.

10. M. DUBREUIL présente un *cancer colloïde du rectum* avec généralisation aux grandes et aux petites lèvres et au péritoine. Pendant longtemps le diagnostic posé a été syphilome ano-rectal. Les deux ovaires sont kystiques et envahis par le néoplasme. On peut se demander s'il s'agit de kystes contemporains ou antérieurs au cancer.

M. QUÉNU se base sur la petitesse de certaines des poches kystiques et sur leur nombre, sur leur contenu pour penser que les productions kystiques peuvent être de même nature que le néoplasme rectal. Dans les kystes prolifères, la lésion est analogue à celle des épithéliomas cylindriques.

M. BALZER pense que les kystes préformés ont été envahis secondairement. Il s'agissait d'une femme de 28 ans chez laquelle les kystes n'avaient pas pu encore prendre un développement considérable ; leur petitesse ne prouve donc pas leur origine épithéliomateuse.

11. M. MÉTAXAS présente au nom de M. Ricard des *ex-croissances molluscoïdes greffées* sur un lipome congénital.

12. M. PHOCAS fait voir le *crâne* et le *cerveau* d'un homme de 73 ans qui, en tombant de tramway, s'enfonça le tuyau de sa pipe dans l'orbite. Il y avait une exophtalmie prononcée. Après extirpation de l'œil, on put extraire un bout de tuyau, long de quatre à cinq centimètres, qui avait perforé le sphénoïde et avait pénétré dans le cerveau.

13. Athérome généralisé des artères du cerveau. — Pyélonéphrite calculeuse ; par MM. DÉRIGNAC, chef de clinique médicale et A. MOUSSOUS, interne des hôpitaux.

Lorsque la nommée H..., âgée de 66 ans, fut amenée (service de M. le professeur HARDY), on nous apprit que, depuis plusieurs mois déjà, elle ne quittait plus le lit, perdait ses urines et ses matières fécales, était, au point de vue intellectuel, dans un état complet de démence. En l'examinant on ne découvrit aucun signe de paralysie, soit récente soit ancienne ; on ne constatait également rien d'anormal du côté de la sensibilité.

L'alimentation se faisait assez régulièrement et, pendant longtemps, l'on ne vit survenir aucun changement dans cette situation. Mais, le 15 janvier, et sans que rien pût en faire prévoir l'invasion, éclate brusquement un frisson violent. Le thermomètre placé dans l'aisselle monte à 40°. Puis la peau devient chaude, la langue sèche. La malade n'accuse aucune souffrance. L'examen des principaux organes ne donne que des résultats négatifs. Il n'y a ni eschare ni plaque érysipélateuse.

La difficulté de recueillir les urines fait qu'elles ne sont pas examinées. La fièvre continue les jours suivants, elle procède par accès très tranchés, débutant chacun par un frisson. Pendant les paroxysmes, la température s'élève à 41° et plus. — Pendant les rémissions elle s'abaisse à 38°, mais pas au-dessous. — Rien ne vient donner l'explication de cet état fébrile. Dans la soirée du 23 la malade succombe.

A l'AUTOPSIE, tandis que les autres organes offrent leur apparence normale, on reconnaît des lésions du cerveau et de l'un des reins, le rein gauche. Comme on peut le voir sur les pièces, les lésions sont :

1° Pour ce qui a trait au cerveau : deux petites plaques de ramollissement au niveau de la face inférieure des lobes occipitaux, l'état athéromateux très prononcé de toutes les artères.

Du côté du rein : Les altérations spéciales à la pyélonéphrite d'origine calculeuse. Ce rein malade est en effet légèrement augmenté de volume. Sa capsule cellulo-adipeuse très épaissie a contracté avec lui des adhérences si solides, qu'il est tout à fait impossible de l'en dégager. Quand à sa tunique fibreuse propre, elle est complètement fusionnée avec le parenchyme sous-jacent. Sur une coupe pratiquée suivant le grand axe de l'organe et passant par le hile, on s'aperçoit que le tissu rénal est profondément

altéré, à peine reconnaissable. Ce tissu dur, sclérosé, est réduit à une simple coque de quelques millimètres à un centimètre d'épaisseur, entourant des cavités assez régulières de dimension variable et dont il semble creusé. Ces cavités ne sont autres que le bassin et les calices dilatés, elles contiennent un liquide muco-purulent. Sur la plus spacieuse qui occupe le centre et qui est précisément le bassin, viennent s'ouvrir celles plus petites et de forme ampullaire qui correspondent aux calices. La muqueuse qui les tapisse est très épaissie, adhérente, n'offre pas son aspect lisse normal. Dans deux calices ainsi modifiés sont logés des calculs. L'un de ces calculs est petit, irrégulier, du volume à peine d'un pois. L'autre parfaitement régulier offre la forme et la grosseur d'une olive. Il est d'une coloration brun foncé, sa surface chagrinée, rugueuse, semble constituée par une couche plus molle que les parties centrales et se laisse entamer par l'ongle. L'uretère au-dessous du rein n'est pas perméable et se trouve réduit à l'état d'un cordon fibreux.

Ces lésions, comme on le voit, répondent à des types connus, et n'offrent en elles-mêmes rien de très particulier. Il nous a semblé qu'il y avait pourtant un certain intérêt à les signaler, étant donnée l'histoire clinique de notre malade, sur laquelle elles viennent jeter un certain jour.

D'abord, cet athérome généralisé à toutes les artères cérébrales, et qui, bien mieux que les deux petites plaques de ramollissement trouvées dans les zones occipitales, peut rendre compte de l'état de déchéance physique et intellectuelle de notre malade. Puis, cette pyélo-néphrite due à des calculs que rien n'avait pu nous faire soupçonner tant que la malade fut soumise à notre observation, mais à laquelle nous n'hésitons pas d'attribuer les accidents terminaux, accidents que nous pouvons légitimement envisager comme des accès de fièvre urinaire.

14. Rapport sur la candidature de M. Tuffier, par M. BRUN, Professeur de la Faculté.

Parmi les nombreuses présentations de M. Tuffier, il en est une sur laquelle je désire attirer l'attention. Il s'agit d'un cas de néoplasme fort rare, non pas par sa nature, mais par son siège insolite et par les accidents auxquels il a donné lieu. C'est un lipome de l'intestin.

Au mois de mars 1881, entré à l'hôpital Cochin (service de M. Marchand, suppléé par M. Théophile Anger), une

femme qui avait été admise sous la rubrique étranglement interne.

Cette malade, assez robuste et de belle apparence, faisait remonter, à neuf mois avant son entrée, le début des accidents qui l'amenaient à l'hôpital. A cette époque, elle fut prise de constipation opiniâtre qui dura environ une semaine; à cette constipation fit suite une débâcle, puis une nouvelle constipation plus prolongée que la première, et les accidents persistèrent sous ces deux formes alternatives jusqu'à l'époque actuelle. Toutefois, ces accidents ne se sont jamais accompagnés de phénomènes d'étranglement. Depuis quelques semaines, des épreintes et du ténesme rectal se sont manifestés, une légère hémorrhagie par l'anus accompagne les selles; c'est pourquoi la malade entre à l'hôpital. Le ventre était alors ballonné, la constipation absolue depuis cinq jours. Le toucher rectal permettait de sentir, à 8 centimètres de l'anus, une tumeur qui obstruait le rectum. Tumeur mamelonnée, irrégulière, qu'aucun instrument ne pouvait ni déplacer, ni franchir. Les phénomènes d'obstruction, peu marqués jusqu'alors, s'accrochèrent rapidement; les moyens palliatifs n'amenèrent aucun soulagement; une intervention active fut décidée.

Le 24 juin, MM. Marchand et Théophile Anger pratiquaient la laparotomie dans la région inguinale gauche. À 3 centimètres au-dessus de l'arcade, on faisait une incision de 10 centimètres. On touchait d'emblée sur l'S iliaque invaginé. On essaya de désinvaginer l'anse, mais vainement on introduisit un doigt dans le rectum pour repousser la tumeur, pendant qu'un autre cherchait à l'attirer par l'intérieur de l'abdomen. Le néoplasme ne bougea pas. On fit, séance tenante, un anus de Littré par la méthode habituelle, et en utilisant l'incision exploratrice. — 48 heures après, la malade mourut de péritonite.

L'autopsie permit de constater une tumeur fort curieuse. C'était, à première vue, un polype de l'S iliaque qui avait entraîné cette portion du gros intestin et l'avait invaginée dans le rectum. La tumeur avait le volume du poing. On la fendit et on reconnut la nature lipomateuse du néoplasme. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un lipome ordinaire.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a semblé intéressante à plusieurs points de vue. Tout d'abord, les lipomes du tube digestif sont peu fréquents. Presque tous les cas que nous avons pu rassembler ont trait à des lipomes des

parties sus-diaphragmatiques du tube intestinal. C'est ainsi que la *Revue des sciences médicales* pour l'année 1879 contient un cas de lipome rétro-pharyngien. Déjà Labat a publié une thèse, en 1874, sur les lipomes de la bouche. Marjolin a cité un exemple de lipome du plancher de la bouche (Follin). Chambard en a rapporté ici même un cas en 1878. Au contraire, dans les parties sous-diaphragmatiques du tube intestinal, le lipome sous-muqueux paraît très rare. Fischer a signalé une observation de lipome dans les *Bulletins de la Société anatomique* en 1859.

Au niveau de l'intestin proprement dit, les cas de lipomes sous-muqueux sont de véritables faits exceptionnels. Si nos recherches sont exactes, il n'en existe que 5 cas dans la science. Le premier en date est celui de Sangalli, publié en 1860 dans la « *Istoria clinica dei Tumori* ». Puis, Virchow en a cité un exemple dans son *Traité d'anatomie pathologique*. Morel, en 1876, dans les *Bulletins de la Société d'anatomie*, et Oastelain, en 1870, dans le *Bulletin médical du Nord* en ont également rapporté des observations; mais tous ces cas ne sont que de simples constatations nécroscopiques. Aussi l'observation de M. Tuffier est-elle la première rapportée avec détail et examinée au point de vue histologique. Malgré ce petit nombre de faits, nous pouvons comparer ces lipomes de l'intestin à ceux qui siègent dans la partie supérieure du tube digestif. Et de cette comparaison, il résulte que ces tumeurs diffèrent beaucoup, suivant la région qu'elles occupent. Les lipomes de l'intestin sont tous pédiculés, polypiformes. Au contraire, ceux de l'œsophage et de la bouche sont sessiles. Ce fait pourrait peut-être s'expliquer par une donnée anatomique. La muqueuse intestinale, facile à décoller, se laisse facilement soulever par le néoplasme. Au contraire, la muqueuse bucco-pharyngienne, muqueuse dermo-papillaire, doit brider les tumeurs qui siègent au-dessus et s'étale plus volontiers à leur face profonde. Il nous semble que cette différence de consistance des deux espèces de muqueuses peut nous expliquer cette différence de forme des néoplasmes qui siègent au-dessus d'elles.

La thérapeutique opposée à ce néoplasme est également digne de remarque. La laparotomie latérale exploratrice et curatrice a été pratiquée assez rarement. Dans le cas

présent, on a pu par ce procédé constater la présence du néoplasme, son étendue et son siège exacts. On a pu même tenter de désinvaginer l'intestin.

En un mot, cette incision a présenté tous les avantages d'une laparotomie médiane, mais elle a eu l'avantage considérable de permettre l'établissement, séance tenante, d'un anus contre nature, sans qu'on soit obligé de pratiquer une seconde incision. L'incision latérale a eu dans ce cas un avantage incontestable sur l'incision classique médiane, et peut-être devrait-on pratiquer plus souvent cette incision latérale.

La conduite tenue par l'opérateur, c'est-à-dire l'établissement de l'anus contre nature sans tenter une extirpation, a sans doute été commandée dans ce cas par le manque de notion sur la nature de la tumeur. Sans doute, s'il s'agit d'un néoplasme malin, le traitement palliatif est indiqué. Si, au contraire, on pouvait en pareil cas déterminer la nature bénigne de la tumeur, on serait autorisé à faire une extirpation de l'intestin et du néoplasme.

Séance du 8 février 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

15. M. VALUDE présente un cas de *myxo-sarcome kystique* végétant du sein.

16. Erysipèle. — **Endocardite végétante aiguë** : par M. P. DALCHÉ, interne des hôpitaux.

La nommée Pinot (Honorine), âgée de 22 ans, entre le 22 janvier 1883, salle Sainte-Anne, lit n° 23, à l'Hôtel-Dieu. (Service de M. EMPIS.)

Pas de rhumatismes, pas de maladie de cœur dans ses antécédents héréditaires. Dans son bas-âge elle a eu la

variole, la fièvre typhoïde, mais jamais de rhumatismes. En 1882 une grossesse, et trois mois avant son entrée à l'hôpital un érysipèle de la face. Vers le 10 décembre 1883, elle est subitement prise d'un point de côté intense à gauche, de frissons, de mal à la tête ; le jour même, *pour la première fois*, elle ressent des palpitations violentes, et le lendemain elle crache du sang. La fièvre s'allume, les hémophyses se renouvellent quelquefois, les pieds enflent par instants, et après avoir traîné six semaines, la malade entre à l'Hôtel-Dieu.

22 janvier 1884. — Elle est en asystolie, les veines du cou turgescentes présentent des battements, le foie est considérablement augmenté de volume. Diarrhée abondante. Les battements du cœur sont précipités ; on sent la pointe dans le septième espace, très en dehors du mamelon, et la main appliquée en cet endroit perçoit un frémissement des plus nets qui commence avant le choc de la pointe. A l'auscultation, on entend un souffle fort dont le maximum est à la pointe et qui commence un peu avant le premier temps pour se prolonger pendant la systole. Point de côté encore violent, quelques filets de sang dans les crachats. Dans le poumon gauche on trouve, au-dessus de l'épine de l'omoplate, un léger souffle entouré de râles fins. La malade est très abattue, réponses pénibles, 38°4.

29 janvier. — Le point de côté redouble et il se forme un épanchement pleurétique à gauche ; en même temps œdème du bras droit.

30 janvier. — L'épanchement pleural augmente et on entend des râles nombreux dans le poumon droit ; œdème des quatre membres, cyanose et mort le 31.

AUTOPSIE. — Dans la *plèvre gauche*, épanchement assez abondant ; dans les *deux poumons*, noyaux disséminés d'apoplexie pulmonaire. Le *cœur* est large, flasque, à parois peu épaisses. Aucun des orifices n'est déformé, mais sur la valvule mitrale, sur les sigmoïdes aortiques et sur la valvule tricuspide se voient de nombreuses végétations, petites, qui paraissent jeunes et contemporaines. Rien sur les sigmoïdes pulmonaires et sur le reste de l'endocarde. Rien dans le cerveau, les intestins. Le foie et les reins sont congestionnés. La rate est petite, normale. Dans aucun de ces organes ne se trouvent d'infarctus ; du reste, la malade est nettement morte d'asystolie, et nullement avec les symptômes infectieux d'une endocardite ulcéreuse.

17. Kystes hydatiques dans le fascia sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure ; par M. P. POIRIER, professeur de la Faculté.]

Les cas de kystes hydatiques développés dans la paroi abdominale antérieure ne sont pas nombreux ; celui que nous présentons nous a paru digne d'intérêt en raison de certaines particularités.

Nous l'avons trouvé sur un sujet mâle qui servait aux dissections à l'Ecole pratique ; cet homme portait de 55 à 60 ans. En renversant la moitié inférieure de la paroi abdominale, on constata l'existence de deux tumeurs dans le fascia sous-péritonéal qui la double. L'une d'elles, de la grosseur d'un œuf d'oie, ovoïde, à grand diamètre transversal, était placée à deux centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope et parallèle à cette arcade ; l'autre, plus petite, du volume d'un œuf de pigeon, plus rapprochée de la ligne médiane, occupait le tissu cellulaire de la cavité de Retzius.

De couleur gris-blanchâtre, ces tumeurs présentaient une surface lisse en général, bosselée en quelques points. Leur consistance était molle, semi-fluctuante ; avant de les ouvrir, nous essayâmes un diagnostic et nous dîmes un peu vaguement : tumeurs kystiques. L'ouverture nous montra une paroi feuilletée, composée de plusieurs couches ou feuilles d'une matière blanchâtre, amorphe ; puis des vésicules hydatiques s'échappèrent en grand nombre. Dans quelques-unes le liquide avait gardé la limpidité et la transparence ordinaires, dans d'autres il était trouble et ressemblait à une sorte de gelée ; la plus petite des tumeurs était remplie d'une matière épaisse, d'apparence tuberculeuse ou sébacée. M. Panné a examiné le liquide au microscope et a trouvé les crochets caractéristiques. La membrane fibreuse enveloppante de ces tumeurs était très solide.

Ces tumeurs étaient peu adhérentes à la face postérieure de l'aponévrose du transverse réduite à une couche celluleuse à ce niveau ; on les déplaçait sans peine latéralement et de haut en bas ; elles adhéraient davantage au péritoine, que l'on put cependant détacher sans trop de peine. Leur saillie se prononçait dans l'intérieur de l'abdomen ; à l'extérieur rien ne les révélait. Vraisemblablement, leur existence a été ignorée du vivant de notre sujet ; le diagnostic eût été embarrassant.

Nous résumerons ainsi notre présentation :

Tumeurs hydatiques développées dans le fascia sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure, région hypogastrique.

18. Lithiase biliaire. — Ictère par rétention biliaire. — Phénomènes typhoïdes. — Endocardite végétante aiguë;
Par MM. Albert MATHIEU, chef de clinique médicale et MALIBRAN, interne du hôpitaux.

La nommée Th. Cl..., domestique, âgée de 45 ans, entre le 29 janvier 1884. salle Sainte-Jeanne, lit n° 23. (Service de M. G. SÉE, à l'Hôtel-Dieu.)

La mère est morte de gangrène sénile de la jambe à 73 ans.

A 18 ans, ictère ayant duré trois semaines et ayant succédé à de violentes douleurs dans la région du foie. Depuis deux ou trois ans, la malade s'essouffle facilement en marchant et en montant les escaliers. Cependant elle n'a pas d'œdème des extrémités inférieures. Depuis huit mois, elle a commencé à avoir des troubles digestifs et de la diminution de l'appétit. La soif est habituellement vive, la langue mauvaise. Deux ou trois heures après les repas, elle éprouve des aigreurs, des renvois et une sensation gênante de pesanteur épigastrique. Elle ne vomit pas. La constipation est habituelle. Les maux de tête sont fréquents et elle éprouve ordinairement une sensation de pesanteur dans les membres. Depuis six mois, elle est sujette à des rhumes qui durent en moyenne une quinzaine de jours et qui ne l'obligent pas à garder le lit.

Il y a dix-huit jours, la malade a eu une indigestion qui s'est manifestée par des vomissements alimentaires et bilieux, au milieu de la nuit. Les vomissements ont duré pendant quatre heures, ils n'ont pas reparu depuis. C'est seulement au bout de trois ou quatre jours que sont survenues les douleurs au niveau de la région hépatique. L'ictère lui-même n'est survenu que deux jours après le début des douleurs. Depuis cette époque, les douleurs ont persisté avec des périodes d'augmentation et de diminution; la fièvre a également continué. L'appétit est presque nul.

Etat actuel. — Teinte subictérique généralisée, plus marquée aux sclérotiques. Langue blanche. Le foie est augmenté de volume, il présente un diamètre vertical de 12 centimètres. Il est douloureux à la pression, surtout dans la région de la vésicule biliaire. Rien aux poumons. On trouve au cœur un bruit systolique qui s'entend dans

toute la région cardiaque et qui paraît avoir son maximum à la pointe. La malade est constipée; les selles sont décolorées. Les urines sont chargées de pigment biliaire; elles renferment une certaine quantité d'albumine. La rate est volumineuse.

31 janvier. On constate au cœur un souffle intense, dont le maximum paraît siéger nettement à l'orifice aortique.

4 février. Albuminurie assez abondante. L'ictère a disparu; les selles sont colorées, sous l'influence sans doute du calomel. La prostration fait des progrès. Il existe un véritable état typhoïde. L'état du foie, d'après la percussion, est sensiblement le même. Il y a de la fièvre. La maladie présente une apparence infectieuse des plus nettes.

5 février. Etat comateux. Température élevée. Mort.

AUTOPSIE. — Les *poumons* sont congestionnés; les *reins* également congestionnés, sont en même temps un peu pâles. La *rate* est volumineuse. Au *cœur*, il existe des végétations développées sur les valvules aortiques. Elles sont volumineuses, pédiculées, revêtues d'une couche jaunâtre de fibrine. Leur bourgeonnement remplit presque complètement l'orifice du vaisseau. L'insuffisance est nettement constatée avant l'ouverture de l'aorte. Cette lésion paraît récente. L'aorte est saine. Les autres orifices et l'endocarde sont normaux. Le foie est plutôt petit, non coloré par la bile. Son tissu n'est pas très consistant. Il paraît un peu gras. Par places, l'état lobulé normal a presque complètement disparu. En deux ou trois endroits on trouve, sous la capsule, de vastes ecchymoses. A la coupe, les voies biliaires paraissent dilatées, elles sont remplies de bile. Vers le hile, la vésicule biliaire paraît rétractée inégalement sur des calculs adhérents. Le canal cholédoque est fortement distendu par un calcul gros comme une noisette; il ne peut pas descendre, mais on peut le faire remonter en pressant de bas en haut. Il n'est donc pas certain qu'il offrait à la bile un obstacle insurmontable.

RÉFLEXIONS. — La lithiase biliaire et l'oblitération du canal cholédoque ont amené de l'ictère par un mécanisme bien connu. Que faut-il penser des phénomènes typhoïdes qui ont précédé la mort? Est-ce de l'ictère grave? Ne faut-il pas plutôt les rapprocher de la présence, à l'orifice aortique, de végétations valvulaires semblables à celles que

l'on rencontre dans bon nombre de cas d'endocardite infectieuse ? Ne pourrait-on pas penser alors que les voies biliaires enflammées ont été la porte de pénétration des organismes infectieux ?

Séance du 15 février.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

19. Ulcération et perforation des follicules isolés du gros intestin, dans le cours d'une fièvre typhoïde ; par M. BARTH.

OBSERVATION. — *Fièvre typhoïde ; perforation intestinale ; péritonite généralisée ; mort. Autopsie : Infiltration typhique des follicules isolés du gros intestin, ulcérations cupuliformes surtout nombreuses au niveau du colon descendant et de l'S iliaque ; perforations multiples ayant déterminé un épanchement stercoral dans la fosse iliaque GAUCHE.*

Lez (Jean), âgé de 27 ans, serrurier, entre le 24 janvier 1884, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Landry, lit n° 7. Cet homme, d'une constitution robuste, n'a jamais eu d'autres maladies que la variole, dont il porte les traces manifestes. Il y a huit jours, en pleine santé, il a été pris brusquement, un matin, de céphalalgie, de fièvre et de douleurs de ventre qui l'ont forcé à se mettre au lit ; les mêmes symptômes ont persisté depuis lors en s'aggravant ; il n'a pas eu d'épistaxis, pas de délire, à peine de diarrhée.

Le 24 janvier, soir. Au moment de l'entrée, la température est de 40°5 ; il y a de la céphalalgie sans prostration, pas de ballonnement du ventre, pas de diarrhée ; langue blanche non sèche, soif vive et anorexie absolue.

25 janvier, matin. T. 39°8 ; faciès hébété, bourdonnements d'oreilles ; quelques crachats sanguinolents venant de l'arrière-gorge. Quelques boutons d'herpès sur les

lèvres ; ventre légèrement tendu, non douloureux ; deux petites taches rosées lenticulaires, douteuses. P. 108 ; rien au cœur ; pas de toux ; pas de râles dans la poitrine ; les urines ne sont pas albumineuses. (Verres d'eau de Sedlitz, tisane vineuse, bouillons et lait ; trois lotions vinaigrées par jour). Le soir, T. 41°.

26 janvier, matin. T. 40°5 ; prostration plus marquée ; ventre ballonné, gargouillement dans la fosse iliaque droite, un peu de diarrhée. (Sulfate de quinine, 1 gr. 50 ; lotions vinaigrées toutes les deux heures). Soir, T. 40°9.

27 janvier, matin. T. 40° ; céphalalgie intense ; abattement sans délire ; langue un peu sèche ; pas de diarrhée. (Même traitement). — Le soir, T. 40°5.

28 janvier, matin. T. 39°7 ; même état ; le tympanisme abdominal augmente ; toujours pas de diarrhée ; pas d'autres complications. (Même traitement). — Le soir, T. 40°6.

29 janvier, matin. T. 40°2 ; épistaxis légère. (Même traitement). — Le soir, T. 39°3.

30 janvier, matin. T. 39°4 ; adynamie plus prononcée ; langue un peu sèche ; ventre très ballonné ; respiration un peu bruyante ; quelques râles ronflants et sous-crépitaux aux deux bases. (Supprimer le sulfate de quinine). — Le soir, T. 40°4.

31 janvier, matin. T. 40°1 ; depuis hier, diarrhée abondante ; adynamie de plus en plus marquée ; pas d'albumine dans les urines. (Pot. Todd. ext. qq. 4 gr.). — Le soir, T. 40°5.

1^{er} février, matin. T. 40°3. (Sulfate de quinine, 1 gr. 50). — Le soir, T. 40°2.

2 février, matin. T. 39°9. (Même traitement). — Le soir, T. 40°.

3 février, matin. T. 40° P. 104 ; un peu moins de stupeur ; le malade répond bien aux questions, se met sur son séant sans trop de peine ; mais le tympanisme abdominal est toujours considérable. (Même traitement). — Le soir, T. 40°8.

4 février, matin. T. 40°2 ; un peu plus de dyspnée et de faiblesse ; respiration soufflante à la base droite. (6 ventouses scarifiées). — Le soir, T. 40°3.

5 février, matin. T. 40°5 ; stupeur ; souffle tubaire pneumonique, avec matité à la base droite. (Vésicatoire). — Le soir, T. 40°6.

6 février, matin. T. 39°6 ; état adynamique toujours très prononcé ; un peu moins de souffle à la base droite ; ventre toujours très ballonné. (Deux injections d'éther). — Le soir, T. 40°1.

7 février, matin. T. 39°7 ; abattement sans délire ni stu-

peur; langue pâteuse, un peu sèche; dyspnée modérée; râles sous-crépitaux nombreux à la base droite, avec peu de souffle; le ventre, très ballonné, est légèrement sensible à la pression, surtout à gauche; la diarrhée continue très abondante. (Potion au bismuth, avec extrait de thébaïque, 5 centigr.; deux injections d'éther). — Le soir, T. 40°, 2.

8 février, matin. T. 39°, 9; dyspnée modérée; faciès moins altéré que les jours précédents; beaucoup de râles humides à la base du poumon gauche; le côté droit est presque entièrement dégagé. (Vésicatoire à gauche; deux injections d'éther). — Le soir, T. 39°, 6.

9 février, matin. T. 37°, 8, P. 108; ventre toujours très ballonné et douloureux à la pression; plus de vomissements ni de nausées; les urines ne sont toujours pas albumineuses. — Le soir, T. 39°, 2.

10 février, matin. T. 39°; la tympanite a encore augmenté, s'il est possible, et fait une saillie énorme qui remonte jusqu'à l'épigastre; il est impossible de reconnaître la matité hépatique. P. 120, assez petit. Pas de vomissements; le malade accuse toujours une assez vive sensibilité au niveau du flanc gauche; il y a de la dyspnée et de l'angoisse. (Onctions avec la pommade belladonnée; cesser le sulfate de quinine; continuer la potion avec extrait thébaïque, 10 centigr.). — Le soir, T. 38°.

11 février, matin. T. 39°, 5; moins d'anxiété; le ballonnement, toujours excessif, présente les mêmes caractères qu'hier; on ne voit point, malgré la distension énorme, se dessiner les anses intestinales; sonorité tympanique partout, sauf aux régions les plus déclives. Le malade accuse une sensibilité douloureuse à la pression dans tout le ventre, avec maximum dans la fosse iliaque gauche. P. 126; pas de vomissements; faciès naturel; beaucoup de râles sous-crépitaux aux deux bases. (Même traitement; deux injections d'éther).

12 février. Le malade succombe à sept heures du matin.

AUTOPSIE, 26 heures après la mort. — La décomposition cadavérique est déjà assez avancée; la tympanite paraît avoir encore augmenté.

Cavité abdominale. A l'ouverture du ventre, il s'échappe avec bruit un jet de gaz fétide, exhalant l'odeur de l'hydrogène sulfuré, et les parois abdominales s'affaissent aussitôt complètement. La surface du péritoine est sèche, noirâtre; les viscères abdominaux, flétris et déjà en voie de putréfaction, sont également noirâtres à leur surface. Derrière ces altérations purement cadavériques, on reconnaît les traces d'une péritonite généralisée; des adhérences ré-

centes unissent entre elles toutes les anses intestinales, qui sont injectées, dépolies à leur surface, et recouvertes en maints endroits de dépôts fibrineux; il y a un épaississement inflammatoire très marqué du grand épiploon et des replis mésentériques. En écartant avec précaution les anses intestinales agglutinées, on constate que la fosse iliaque droite ne contient qu'un peu de sérosité louche; en revanche, la fosse iliaque gauche est le siège d'un épanchement stercoral abondant, très fétide, en rapport immédiat avec l'S iliaque et la dernière portion du côlon descendant; en pressant sur cet intestin, on voit du gaz et du liquide faire issue par plusieurs perforations. L'intestin étant déroulé et ouvert dans toute sa longueur, on trouve le duodénum et le jejunum légèrement injectés, sains du reste; dans la dernière portion de l'iléon, les plaques de Peyer offrent les lésions ordinaires de la fièvre typhoïde; elles sont infiltrées, dures et saillantes, surtout au voisinage de la valvule de Bauhin; un grand nombre d'entre elles présentent des ulcérations plus ou moins étendues et des eschares en voie d'élimination; mais nulle part il n'y a de perforation des parois intestinales. Il n'en est pas de même dans le gros intestin; celui-ci offre dans presque toute sa longueur une tuméfaction marquée des follicules isolés, qui forment de petites saillies acuminées, grosses comme des grains de chènevis; en beaucoup d'endroits, ces follicules sont creusés d'une ulcération cupuliforme, plus profonde que large. Ces lésions atteignent leur maximum d'intensité au niveau du côlon descendant et de l'S iliaque; là les ulcérations sont très rapprochées les unes des autres, presque cohérentes; en certains points, le tissu adénoïde propre de la muqueuse a participé à la lésion folliculaire, et il en résulte des plaques ulcéreuses étendues, à bords festonnés, à fond déchiqueté et inégal, laissant voir à nu la couche musculieuse et même le péritoine; celui-ci a cédé en plusieurs points, laissant autant de perforations arrondies, variant de 2 à 12 millimètres de diamètre, et qui ont fourni un passage facile aux matières intestinales. — Les autres organes abdominaux n'offrent rien qui mérite d'être noté.

Cavité thoracique. Le cœur est sain; les poumons, très diminués de volume et rétractés en haut, sont fortement congestionnés; il y a de la splénisation, surtout à la base droite.

RÉFLEXIONS. — Au point de vue anatomique, cette observation est remarquable par la prédominance des lésions

typhiques dans le gros intestin. Alors que l'altération des plaques de Peyer n'avait pas dépassé les limites moyennes, celle des follicules isolés du gros intestin avait pris un développement extraordinaire, au point d'amener des perforations multiples au niveau de l'S iliaque, fait que Griesinger, Murchison et Guéneau de Mussy s'accordent à considérer comme très rare.

Au point de vue clinique, le fait en question montre une fois de plus de quelle façon latente et sourde une péritonite, par perforation, peut se développer chez les individus adynamiques. Il a été impossible, malgré l'observation la plus attentive, de déterminer avec certitude le moment où s'est faite la perforation ; le malade n'a eu ni douleur abdominale violente, ni vomissements, ni collapsus, et seul l'abaissement assez brusque de la température, le 9 février au matin, peut nous faire supposer rétrospectivement que le début des accidents a eu lieu à cette date.

20. Fractures multiples du bassin et des côtes. — Rupture de la vessie. — Contusion des reins ; par M. LÉON CAHEN, interne des hôpitaux.

Le nommé Lebrun, âgé de 56 ans, tailleur d'habits, entre, le 4 février 1884, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, lit 39 (service de M. le professeur RICHET).

Pas de maladies antérieures, alcoolique. Le lundi, 4 février, après de copieuses libations, il est renversé par un omnibus qui lui passe sur le ventre. Il est apporté à l'hôpital à 7 heures du soir. Le lendemain matin, à la visite, nous le trouvons dans l'état suivant : visage pâle, altéré, exprimant la souffrance, Pouls petit : 120 pulsations. Respiration fréquente : 40. La température prise dans le rectum donne 36.5. Refroidissement marqué des extrémités ; le nez, les mains, les pieds sont glacés. Dès qu'on touche le malade il pousse des cris. Douleur vive à la pression au niveau de la symphyse pubienne et des deux échancreurs sciatiques. Rien aux membres supérieurs. Quand on fléchit la cuisse, le malade pousse des cris.

Ecchymose très prononcée au niveau de la région périnéale. Elle occupe tout le raphé médian et s'étend jusque sur les deux régions fessières. Les téguments de la verge et du scrotum sont le siège d'un vaste épanchement sanguin. Incontinence des matières fécales.

Le malade n'a pas uriné depuis 6 heures avant l'acci-

dent. Le cathétérisme pratiqué avec une sonde ordinaire n'amène que quelques gouttes de sang mêlées à quelques gouttes d'urine. Léger tympanisme abdominal. La percussion donne de la sonorité dans toute l'étendue du ventre. Rien dans les fosses iliaques. La palpation ne fait percevoir aucun empatement. Rien aux poumons ni au cœur. L'intelligence est nette; le malade répond facilement aux questions qu'on lui pose. L'anurie persiste dans la journée du mardi, malgré un cathétérisme répété qui n'amène que quelques gouttes de sang. L'algidité et le refroidissement font des progrès.

Le lendemain, mercredi, même état. Anurie persistante. Douleur très vive au niveau de la symphyse pubienne et des échancrures sciatiques. Elle augmente lorsqu'on percute le sacrum et la colonne lombaire. L'ecchymose périméale s'étend et recouvre les téguments des deux fesses. Le malade meurt le jeudi matin à 9 heures, 65 heures après l'accident.

AUTOPSIE pratiquée 48 heures après la mort, le samedi 9 février. — A l'ouverture du thorax on constate de chaque côté trois fractures de côtes siégeant au niveau des 5^e, 6^e et 7^e côtes. Rien dans les plèvres ni les poumons. Le cœur est sain. A l'ouverture de l'abdomen on trouve un météorisme considérable. Pas de signes de péritonite, ni fausses membranes, ni pus, ni urine dans le péritoine. La surface de l'intestin présente en quelques points un léger piqueté rouge. Nulle part d'adhérence. — Le foie et la rate ne présentent rien d'anormal.

Du côté des reins on découvre une déchirure transversale siégeant au niveau du hile du rein droit. Il y a de plus une ecchymose assez superficielle sur la face externe du rein gauche, tout près du hile.

Nous avons omis de signaler qu'à l'ouverture de la paroi abdominale on constate un épanchement de pus concret mêlé à de l'urine dans l'interstice des muscles grand oblique, petit oblique et transverse, ceci surtout au voisinage du bassin. Du côté du bassin nous trouvons en avant une disjonction de la symphyse pubienne. L'écartement est considérable entre les deux pubis; on peut introduire environ 6 travers de doigt; le pubis droit est porté en dehors et en avant, le gauche en arrière et en dedans. Nous voyons, de plus, que la partie postérieure, médiane, de la symphyse s'est séparée des deux pubis, et se trouve accolée à la paroi antérieure du canal urétral.

En arrière, sur la paroi postérieure du bassin, nous cons-

tatons une double fracture du sacrum, passant par les deux lignes des trous sacrés, et correspondant aux trous de conjugaison. Les symphyse sous-iliaques sont saines.

Quant à la vessie, nous la trouvons affaissée, rétractée derrière la symphyse. Nous trouvons une perforation siégeant immédiatement en arrière du pubis, tout près du col vésical ; elle est arrondie, ses dimensions sont celles d'une pièce de 50 cent.. Elle est située au-dessous du cul-de-sac péritonéal ; ses bords sont réguliers. A un travers de doigt au-dessus on trouve une seconde perforation plus petite et moins régulière.

L'urèthre est sain ; sa muqueuse est congestionnée. Dans le tissu cellulaire prévésical et du petit bassin on constate un épanchement purulent mêlé à de l'urine ; cet épanchement se prolonge sous forme de traînée jusqu'à la partie supérieure et interne de la cuisse droite en suivant la gaine des vaisseaux obturateurs.

Rien du côté du rectum. Du côté du mésorectum une forte ecchymose occupant toute l'étendue de ce repli. A l'incision du scrotum on trouve un épanchement sanguin double se prolongeant en avant jusqu'à la symphyse disjoints et en arrière jusque près de l'anus.

Rien du côté du système nerveux. Le cerveau et les méninges sont simplement congestionnés. En résumé : fracture de 6 côtes, fracture double du sacrum, disjonction de la symphyse pubienne, déchirure de la vessie, contusion des deux reins.

RÉFLEXIONS. — Nous avons cru devoir relater cette observation en raison de la rareté de faits analogues. Nous avons consulté la littérature médicale et n'avons trouvé comme pouvant se rapprocher de notre cas qu'une observation de M. Panas (*Gazette des hôpitaux*, 1868). Dans le cas de M. Panas la rupture de la vessie était intrapéritonéale, et il y avait de l'urine dans le péritoine.

Chez notre malade, le diagnostic de rupture de la vessie était fait, une question se posait. Fallait-il intervenir ? et comment ? Faire la laparotomie et suturer la plaie vésicale ? Faire la cystotomie afin d'ouvrir une voie à l'urine et l'empêcher de fuser dans le péritoine ou le petit bassin ? Mais comment savoir où siégeait la plaie vésicale, s'il n'y en avait qu'une ou s'il en existait plusieurs ? Et d'ailleurs ce malade ne présentait aucun signe de péritonite ni d'infiltration d'urine. La sonorité existait dans tout l'abdomen,

et nulle part on ne constatait d'empatement; à peine y avait-il du météorisme.

Eu égard à la double déchirure de la vessie, eu égard à ce fait que le malade n'avait pas uriné depuis 6 heures avant l'accident, on peut être étonné de n'avoir pas trouvé plus d'urine dans le petit bassin (à peine deux ou trois cuillerées à soupe). Mais ne peut-on invoquer une sorte d'anurie réflexe, due au choc traumatique ou à la commotion du système nerveux. Peut-être pourrait-on incriminer la lésion rénale, nous penchons plutôt vers l'hypothèse d'une anurie réflexe, car les lésions rénales étaient trop superficielles. A la coupe le parenchyme de l'organe paraissait absolument sain. Nous ferons encore remarquer que, malgré six fractures de côtes, le poumon et la plèvre étaient absolument sains.

Quant à la déchirure vésicale, on ne peut l'attribuer à une esquille osseuse. Nous pensons que la vessie, pleine au moment de l'accident, a éclaté comme le fait une poche remplie de liquide lorsqu'elle subit un choc un peu violent. On peut encore supposer que l'écartement violent du pubis a déchiré l'insertion des ligaments antérieurs de la vessie; les deux groupes de ligaments s'étant séparés, la vessie se rompt. Nous terminerons en insistant sur ce fait qu'avec une paroi abdominale saine nous avons trouvé des délabrements considérables que l'état des téguments ne pouvait en rien faire prévoir. Nous n'avions qu'une ecchymose scrotale et périnéale de médiocre étendue, et derrière ces téguments nous avons trouvé les lésions relatées plus haut dans le compte rendu de l'autopsie du malade.

M. DURET dit qu'il s'agit ici d'un cas fort rare de fracture du bassin avec disjonction des symphyse sacro-iliaques.

21. Fracture de jambe. — Gangrène consécutive; par
M. L. LEJARS, interne des hôpitaux.

P..., Frédéric, 21 ans, garçon marchand de vin, entre le 8 février 1884, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 27, service de M. le D^r Th. ANGER, suppléé par M. DURET.

Dans la journée, en descendant du siège d'un fiacre, il est tombé la jambe gauche prise sous lui. Craquement; impossibilité de se relever lui-même. On le transporte séance tenante à l'hôpital. A son entrée (six heures), nous

constatons une fracture des deux os de la jambe gauche au tiers inférieur; épanchement sanguin peu considérable; sur le côté interne, au niveau de la fracture, une petite plaque noirâtre, de la largeur d'une pièce de deux francs; pas de plaie. Les fragments jouent l'un sur l'autre avec la plus grande facilité, et la jambe se plie dans tous les sens, en donnant lieu à une crépitation des mieux caractérisées. Nous appliquons immédiatement un appareil de Scultet qui remonte jusqu'au tiers moyen de la cuisse. Très peu de douleur pendant l'application de l'appareil: une fois le membre immobilisé, le malade se sent mieux, nous dit-il.

9 février. Insomnie, attribuable à l'état de surexcitation dans lequel se trouvait P... Il déclare, en effet, à part quelques élancements au point fracturé, n'avoir nullement souffert de sa jambe ni de son pied. Cependant, on trouve le pied d'une coloration rougeâtre, froid, insensible; on découvre la partie inférieure de la jambe: même aspect. Croyant alors à un certain degré de stupeur locale causée par l'appareil de Scultet, on l'enlève et M. Duret applique une gouttière plâtrée.

Le soir, la coloration rougeâtre s'étend sur le pied et le tiers inférieur de la jambe jusqu'au niveau de la fracture, marqué sur la face interne du membre par une large plaque noirâtre à contours diffus, qui recouvrent des phlyctènes séro-sanguinolentes. Dans la même zone, refroidissement, insensibilité (une épingle plongée tout entière dans les tissus ne provoque aucune réaction). Pas d'œdème. Les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure ne sont plus sentis; quelques mouvements des orteils sont encore possibles. Du reste, pas de douleurs spontanées. Pas de troubles généraux. En présence de cette gangrène dès lors bien caractérisée, voici ce que nous donnent la recherche des antécédents et l'examen de l'état général du malade:

Antécédents tuberculeux (il a perdu sa mère et une sœur de la poitrine; un frère, du mal de Pott). Lui-même, à part quelques adénites cervicales dans l'enfance, n'a jamais eu d'hémoptysies et ne tousse pas: l'auscultation ne fait percevoir aucun signe. Pas de rhumatisme. Pas de maladies vénériennes. A l'âge de 15 ans, il fut retenu un mois au lit par une fièvre dont il spécifie mal les caractères: pas d'autres maladies aiguës. Ni albumine, ni sucre dans l'urine. Alcoolisme bien accusé: il exerce depuis cinq ans la profession de garçon marchand de vin, qui l'oblige, dit-il, à des libations journalières: piteuses, tremblement des mains, quelques troubles cérébraux.

10 février. Etat stationnaire des parties mortifiées : la peau du pied et du tiers inférieur de la jambe est pâle et flasque : c'est une véritable gangrène par cadavérisation. A sa partie supérieure, le mollet est dur, tendu, assez douloureux à la pression. Pas de troubles généraux. Température, matin 37°, soir 38°.

11 février. Le sphacèle ne dépasse point le niveau de la fracture, mais plus haut la tension du membre augmente ; une rougeur bronzée s'étend sur le côté interne jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du genou. Température, matin 37,8, soir 38,4. Le soir, de longues scarifications sont pratiquées sur les parties mortifiées : il s'écoule un peu de sang noir, mais le tissu cellulaire est à peine infiltré.

12 février. M. Duret fait une incision sur la face interne de la jambe, pour aller à la recherche des vaisseaux tibiaux postérieurs : les vaisseaux sont affaissés et vidés ; on ne trouve point d'épanchement sanguin, au fond de la plaie, on sent la saillie anguleuse d'un des fragments. L'amputation de la cuisse est résolue. Température, matin 37,2, soir 38,4.

13 février. L'amputation de la cuisse au tiers inférieur est pratiquée sans incident digne d'être noté. Température, matin 39,4, soir 38,6.

L'AUTOPSIE du membre est faite dans la journée. Rien dans les veines saphènes : L'état des parties molles diffère complètement au niveau de la fracture et au-dessous. Au foyer de la fracture, dans une étendue de trois travers de doigt, environ au-dessus et au-dessous, les muscles sont réduits en une bouillie putrilagineuse. Au cou-de-pied et au pied, au contraire, à part un certain degré de pâleur, ils semblent presque normaux : ce sont des muscles de cadavre frais.

Les deux os sont fracturés au tiers inférieur. Le trait de fracture du tibia est oblique en bas, en avant et en dedans : un copeau intermédiaire est détaché à la partie externe, et entouré de quelques esquilles. La fracture du péroné siège à deux centimètres plus haut. Son fragment supérieur est aplati et bifide à son extrémité.

Le ligament interosseux et le plan musculaire profond, largement déchirés, permettent aux fragments de basculer dans tous les sens. Il est donc très difficile de rétablir leurs rapports primitifs avec les vaisseaux ; cependant nous trouvons la péronière enclavée dans l'angle terminal du fragment supérieur du péroné, du reste, sur elle comme sur la tibiale postérieure et la tibiale antérieure, aucune

trace de déchirure. Suivies depuis l'origine de la poplitée jusqu'aux plantaires et à la pédieuse, les artères de la jambe ne présentent de caillot en aucun point de leur trajet. Quant aux veines profondes des trois groupes, elles sont thrombosées, dans une longueur d'environ cinq centimètres, au voisinage de la fracture. Les nerfs sont sains.

RÉFLEXIONS. — En résumé, voilà une gangrène totale du pied et d'une partie de la jambe qui s'établit dans l'espace d'une nuit. Comment expliquer cette marche foudroyante ? — Est-ce là une gangrène septique ? — La forme anatomique et la marche du sphacèle, l'absence de réaction générale pendant les premiers jours, prêtent peu à cette interprétation. D'un autre côté, nous croyons, sans exemple, qu'un bandage, quelque serré qu'on le suppose, eût pu produire, à la jambe et sur un sujet fortement musclé, une ischémie suffisante pour mortifier, en si peu de temps, toute l'épaisseur du membre ; d'ailleurs, dans cette hypothèse, la localisation du sphacèle au-dessous du point fracturé, l'absence d'œdème, l'absence de douleur demeureraient inexplicables. Une déchirure des artères au foyer de la fracture eût parfaitement rendu compte du fait clinique ; mais, nous l'avons dit, les artères étaient saines ; toutefois nous avons trouvé l'une d'elles tendue sur les extrémités osseuses comme sur un chevalet, et il est permis de penser que, grâce à la mobilité extrême des fragments, elles ont pu être pincées et comprimées entre eux dans l'action des tentatives de réduction et de l'immobilisation dans les appareils. Enfin, à côté de ces agents mécaniques, ne faut-il point réserver une part d'influence à l'état d'alcoolisme du malade, si manifestement accusé, malgré son jeune âge ?

M. DURET insiste sur cet élément, l'état général proto-pathique. Il n'y avait ni plaie, ni oblitération vasculaire ; c'était une véritable septicémie de cause interne.

M. COENIL fait observer que dans de semblables conditions, on trouve de nombreux microbes dans les parties sphacelées. C'est un problème que de savoir par où ils ont pénétré, toute solution de continuité de la plaie faisant défaut.

M. CHALMIN fait remarquer que ces microbes de la gan-

grène, très abondants dans les tumeurs et les tissus, n'ont pas été rencontrés dans le sang, sur le vivant.

22. M. GRIMARAES présente un cas de *maladie kystique du sein*.

M. CORNIL attire l'attention sur un noyau dur, blanchâtre à la coupe, qui paraît être carcinomateux. La nature anatomique de ces kystes ne serait donc pas la même que dans les cas antérieurement présentés par M. Reclus à la Société.

23. M. Ch. LEJARD fait voir un *cœur très hypertrophié* sur lequel on remarque des anévrysmes pariétaux : les artères coronaires sont fortement athéromateuses. Il y avait de l'albuminurie ; les reins étaient graisseux, assez gros. Il n'y a pas eu d'angine de poitrine.

M. LETULLE fait remarquer qu'il doit y avoir un intermédiaire entre l'athérome des coronaires et les anévrysmes des parois : cet intermédiaire c'est la sclérose du myocarde, consécutive à l'endopériartérite.

24. M. DURAND-FARDEL montre un *gros intestin*. Il existait à la partie inférieure un rétrécissement conique qui présentait les caractères du rétrécissement par syphilome ano-rectal. Il y avait de plus, un double rétrécissement vers la partie supérieure du rectum et de l'S iliaque, et une communication fistuleuse entre ces deux portions du gros intestin. On trouve encore dans l'intestin des ulcérations en voie de guérison qui ressemblent tout à fait à des ulcérations tuberculeuses. Aux sommets des poumons, il y a des cicatrices fibreuses et des tubercules évidemment plus récents.

M. LETULLE pense que toutes les lésions étaient tuberculeuses et que toutes ont présenté une remarquable tendance à la transformation fibreuse.

25. Cancer du pylore survenu sous l'influence d'un traumatisme. — Généralisation rapide au foie ; par M. WEBER.

Lemarchand, menuisier, âgé de 33 ans, est entré dans le service de M. le docteur Gouraud, le 15 janvier 1884, salle Aran, n° 9.

Jusqu'alors bien portant, le malade reçoit le 28 novembre 1883, un coup de timon de voiture au niveau de la région épigastrique. Le choc aurait été assez violent pour le renverser sur le trottoir, sans connaissance. Obligé de s'aliter aussitôt après, il est pris de frissons et de fièvre. Le ventre se météorise; l'anorexie est absolue. A partir de ce jour, le malade vomit tous les aliments et ne va plus à la selle. Un amaigrissement rapide s'empare du malade. Il nous raconte que, depuis son accident, il éprouve un très grand dégoût pour la viande et qu'il ne peut garder plus d'une heure les aliments qu'il a pris. L'amaigrissement et la perte absolue des forces l'obligent à entrer à l'hôpital.

Le jour de son entrée, le malade se plaint du ventre et a un vomissement sous nos yeux : les matières rendues sont d'une couleur brun-jaunâtre, d'une odeur excessivement fétide rappelant celle des matières fécales.

16 janvier. Le ventre présente un ballonnement assez marqué : il est déformé par une tumeur ovoïde, à grand axe dirigé de haut en bas et de gauche à droite, descendant au dessous de l'ombilic et donnant à la percussion un ton hydro-aérique. Cette tuméfaction est reconnue pour être l'estomac surdistendu. Une légère percussion provoque d'ailleurs des contractions péristaltiques très nettes. La pression de l'hypochondre droit, surtout à la limite de cette région et de l'épigastre est très douloureuse. Il est impossible, en raison de la contraction du muscle grand droit abdominal, d'y percevoir le bord inférieur du foie. Celui-ci, d'ailleurs, ne paraît pas être augmenté à la percussion (12 centimètres sur la ligne mamelonnaire). Rien au cœur ni aux poumons.

Traitement : lavages de l'estomac. Toniques.

17 janvier. Le lavage ayant vidé l'estomac de son contenu, il est possible aujourd'hui de sentir le bord inférieur du foie qui dépasse, surtout vers le lobe gauche, de trois travers de doigt, le rebord des fausses côtes; entre l'appendice xiphoïde et le rebord costal droit, on sent sur le bord inférieur du foie une bosselure, douloureuse à la pression. Malgré les lavages, les vomissements persistent. La constipation continue. Le poids du malade est de 108 livres.

A partir du 18 janvier, on fait suivre le lavage de l'estomac d'un gavage, au lait et poudre de viande. Mais la quantité des matières rendues indique suffisamment qu'il existe un obstacle presque absolu au passage des aliments.

22 janvier. Le malade a une épistaxis par la narine gau-

che. Une nouvelle exploration du foie montre une augmentation de volume et une déformation très nette de cet organe (14 centimètres sur la ligne mamelonnaire droite, à la percussion — bosselures du bord inférieur). L'amaigrissement déjà considérable s'accroît.

24 janvier. Le poids du malade n'est plus que de 102 livres : il a donc diminué d'une livre par jour. On continue le même traitement sans résultat.

28 janvier. Le foie a pris des proportions énormes : il dépasse de 6 à 8 cent. le rebord des fausses côtes droites et empiète sur l'hypochondre gauche où il descend à 6 cent. au-dessous des fausses côtes. Les bosselures de sa face convexe sont tout à fait visibles. On trouve à la percussion 16 cent. sur la ligne mamelonnaire droite, 15 au niveau de l'appendice xiphoïde, 13 sur la ligne mamelonnaire gauche. Le malade demande à manger. On continue le gavage : les vomissements spontanés ont cessé depuis quelques jours, mais les matières rendues par le lavage de l'estomac sont toujours aussi abondantes.

Nouvelle épistaxis. Urines légèrement albumineuses.

3 février. Épistaxis droite. Pouls filiforme.

6 février. Depuis quelques jours, le malade est presque constamment couché dans le décubitus latéral droit.

Le lobe gauche du foie a pris une extension considérable. — Mort le 9 février.

AUTOPSIE. — L'estomac est très dilaté ; sa grande courbure descend jusqu'au niveau de l'ombilic ; la moitié droite de sa petite courbure offre un aspect rétracté, cicatriciel. Dans sa cavité on trouve, nageant dans un liquide puriforme d'odeur très fétide, un corps de forme irrégulièrement quadrilatère, d'aspect caséux, présentant deux faces, l'une lisse, l'autre couverte de petites dépressions répondant assez bien aux inégalités de la surface libre de la muqueuse. Le poids de ce corps est de 40 grammes ; il contient des cristaux de margarine.

La muqueuse stomacale est rouge, injectée, au niveau de la grosse tubérosité, plus épaisse à mesure qu'on se rapproche de l'orifice pylorique. Celui-ci est manifestement rétréci : il est impossible, en effet, d'introduire le doigt dans le duodénum. A ce niveau, la muqueuse est fortement tuméfiée, d'une couleur jaune-verdâtre. A la coupe de la paroi, on constate un épaississement notable de la couche musculieuse. Un gros ganglion repose sur la paroi externe du duodénum, à trois centimètres du pylore.

Les circonvolutions de l'intestin grêle sont fortement

atrophées. Le foie présente un volume énorme. Son poids est de 4 kil. 950 gr. Ses dimensions répondent bien aux résultats obtenus par la percussion pendant la vie. Il est entièrement envahi par des noyaux cancéreux. L'un d'eux, plus volumineux, fait saillie au niveau du bord antérieur du lobe gauche. La vésicule biliaire, dilatée, renferme de nombreux calculs. Rien d'anormal à l'appareil pulmonaire ni au cœur. Les reins sont volumineux et gras.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à trois points de vue : 1° L'influence probable du traumatisme sur la marche d'un carcinome hépatique, jusqu'alors latent, et son évolution fatale dans l'espace de deux mois ; 2° La présence dans l'estomac d'un corps d'aspect caséeux ; 3° Enfin, nous croyons qu'il faut tenir compte du rétrécissement du pylore, diagnostiqué pendant la vie, et constaté à l'autopsie.

Ce rétrécissement, en mettant un obstacle presque insurmontable au passage des matières alimentaires du gavage, a certainement contribué à accélérer la marche du cancer ; il explique, d'autre part, dans une certaine mesure, la formation de ce corps d'aspect étrange que nous avons trouvé dans la cavité stomacale.

M. CORNIL pense qu'il s'agit d'une hypertrophie simple des tuniques du pylore et d'un cancer primitif des voies biliaires.

26. Anévrysme de l'aorte. — Broncho-pneumonie chronique du côté gauche ; par M. AYROLLE, interne du service.

La nommée Lucie Doussot, âgée de 34 ans, couturière, entrée le 29 décembre 1883, salle Sainte-Marthe, lit n° 19.

Son père est mort à l'âge de 54 ans d'hémorrhagie cérébrale, sa mère a succombé à une affection hépatique. Un frère est mort du scorbut au Mexique. Les règles ont paru pour la première fois à l'âge de 15 ans, sans douleurs ; elles ont toujours été régulières depuis. Pas d'accouchement ni fausse couche ; fièvre typhoïde à 20 ans. Ajoutons que la malade est nerveuse, et qu'elle indique très nettement une impossibilité qu'elle a toujours ressentie de marcher très vite, de courir, elle ne pouvait, dit-elle, jouer comme les enfants de son âge.

Au mois d'avril 1883, à la suite de forts chagrins dus à une perte de fortune, elle a commencé à se trouver souffrante. Depuis quelque temps elle s'était beaucoup fatiguée par des travaux prolongés très avant dans la nuit. Le premier phénomène en date a été une impossibilité de se coucher sur le côté gauche et sur le dos. En même temps apparaît une toux opiniâtre quinteuse, plus violente le jour que la nuit. Croyant calmer sa toux ou cherchant à éviter la douleur, la malade se livre alors à des abus de boissons (café, liqueurs, vulnéraire, cognac surtout).

Les jambes, qui depuis longtemps (sans que la malade puisse préciser) s'œdématisaient le soir, deviennent plus enflées et l'œdème persiste un peu, même après le repos. Amaigrissement rapide, sueurs nocturnes abondantes, jamais d'hémoptysie, ni d'altération de la voix. La toux est calmée par le décubitus sur le côté droit, elle reparait au contraire si la malade se couche à gauche.

A l'entrée, la malade dit avoir perdu environ un tiers de son poids, et on constate en arrière de la poitrine du côté gauche une matité occupant la moitié inférieure du thorax, au même point, disposition des vibrations, retrait de la paroi thoracique. A l'auscultation, souffle lointain, œgophonie, pectoriloquie aphone en haut des deux côtés ; au sommet on entend un souffle dur aux deux temps de la respiration, mais plus marqué à gauche de ce côté, matité au sommet, quelques craquements humides. Troubles cardiaques sans souffle bien net.

31 décembre. Soupçon de péricardite.

3 janvier. L'attention est surtout attirée du côté du cœur. On note des troubles cardiaques très marqués, la malade ne peut se coucher sur le côté gauche ni sur le dos, oppression considérable, la matité cardiaque paraît très augmentée, les battements du cœur sont très irréguliers, le pouls est fréquent, petit, pas de pouls de Corrigan, pas de souffle à la base du cœur. La digitale, que l'on a donnée depuis deux jours, a amené une diurèse abondante, pas d'albumine dans l'urine. Vers la base du cœur on remarque des battements qui soulèvent la paroi, et sont beaucoup plus marqués sous la clavicule droite. On pense à une dilatation de l'aorte. Cependant il n'y a pas de matité au siège de la crosse aortique, lorsque la malade se couche sur le côté gauche il y a de l'oppression qui disparaît par le décubitus latéral droit.

8 janvier. Quelques accès d'oppression avec cornage.

10 janvier. Frottements sur le bord gauche du sternum, ils sont intermittents et siègent peut-être dans le péricarde.

13 janvier. On remarque de l'inégalité pupillaire, la pupille gauche est plus dilatée, pas d'inégalité entre le poulx radial droit et gauche. Depuis trois jours, œdème de la main gauche et de la face du même côté. Les frottements de la région précordiale ont diminué et restent intermittents, le poulx donne, au tracé sphygmographique, une ligne d'ascension courte et presque droite, puis un plateau avec une descente où l'on voit très exagéré le diastolisme normal. Sa régularité est parfaite et il n'y a pas de différence notable d'un côté à l'autre.

14 janvier. Les phénomènes thoraciques persistent ; en arrière, pas de matité dans toute la hauteur du poumon droit ; à gauche, la matité s'étend de haut en bas jusqu'au niveau du cinquième inférieur, où une sonorité relative apparaît surtout du côté de la colonne vertébrale. Mêmes signes d'auscultation. L'œdème de la face et de la main est plus marqué. Aux membres inférieurs on en trouve, surtout aux cuisses et aussi à la paroi abdominale, dans les parties déclives ; facies pâle et anémique ; crachats peu abondants, spumeux, aérés, jamais sanguinolents ; en avant, battements dans les fosses sus et sous-claviculaires ; la pointe du cœur bat à 10 centimètres au-dessous du mamelon, pas de déplacement transversal ; battements des artères du cou, gêne circulatoire dans les veines ; à l'auscultation on ne trouve pas de souffle au cœur ni sous la clavicule droite.

18 janvier. Une ponction exploratrice, faite avec l'appareil Dieulafoy, au niveau du sixième espace intercostal gauche dans la ligne axillaire, n'amène qu'une cuillerée (vingt grammes) d'un liquide trouble et sanguinolent. Par le repos on constate un dépôt assez abondant.

19 janvier. Accès d'oppression très violents. Râles nombreux des deux côtés en arrière et surtout vers le sommet à gauche.

20 janvier. L'œdème de la main gauche et de la face a disparu brusquement, il a beaucoup diminué au niveau des cuisses ; les signes pulmonaires n'ont pas changé.

22 janvier. L'œdème n'a pas reparu ; accès terrible de suffocation durant depuis vingt-quatre heures, cornage. Du côté des sommets, souffle et bruit de gargouillement. — Ipéca.

23 janvier. L'accès de suffocation est un peu calmé, pas de vomissements avec l'ipéca. Double centre de battements sous la clavicule droite, et vers la pointe du cœur ; vers la base, on trouve depuis quelques jours une matité qui va s'accroissant dans les deuxième et troisième espaces inter-

costaux du côté droit, la malade ne peut se coucher et est encore gênée dans la position assise.

27 janvier. Calme relatif depuis deux jours, cependant l'oppression persiste à l'état continu et s'accroît au moindre effort; crachats abondants et visqueux, spumeux, aérés, mêlés de crachats purulents.

31 janvier. Tuméfaction appréciable dans le creux sus-claviculaire droit, battements, pas d'expansion.

5 février. Les crachats ont beaucoup diminué, l'appétit est complètement perdu. Emaciation profonde, muguet de la bouche et du pharynx; la matité reste localisée aux quatre cinquièmes supérieures à gauche; matité au sommet droit; le souffle a diminué aux sommets; oppression revenant par accès.

7 février. Les crachats ont complètement disparu, oppression.

9 février. Affaiblissement profond, pâleur extrême de la face et des téguments, sueur froide et visqueuse, oppression constante.

Mort à 4 heures du soir.

AUTOPSIE. A l'ouverture du corps on trouve dans la cavité abdominale une assez notable quantité de liquide trouble; la tunique séreuse des intestins est rouge et arborisée, ainsi que le péritoine du petit bassin; mais on ne trouve nullement de fausses membranes, ce qui permet de croire que cette inflammation est très récente, on trouve dans l'ovaire gauche un petit kyste gros comme une noisette, contenant du liquide rougeâtre. Le gros intestin est revenu sur lui-même et n'a guère plus de 3 cent. de diamètre. L'S iliaque, au contraire, est très distendue par des gaz.

L'estomac est dilaté et mesure 30 cent. dans sa plus grande largeur et 17 cent. en hauteur, la muqueuse est saine.

La rate est très congestionnée; à sa surface on voit de petites granulations blanchâtres qui, cependant, ne semblent pas être du tubercule. Poids, 256 grammes. Le foie est friable et augmenté de volume. Poids, 1,980 grammes, le péritoine est enflammé à ce niveau et l'on trouve de la périhépatite, la face convexe du lobe droit est unie au diaphragme par des fausses membranes. On en retrouve aussi autour de la vésicule biliaire dont les tuniques sont notablement épaissies et qui contient des calculs dans sa cavité. Un calcul engagé dans le canal cystique y a contracté des adhérences et oblitère complètement ce conduit. La

veine cave contient des caillots blanchâtres. Les reins sont normaux. A l'ouverture du thorax on constate que toute la partie supérieure du médiastin antérieur est occupée par une tumeur du volume d'une petite orange. La surface est lisse et au toucher on sent une résistance assez grande et une consistance un peu élastique, l'incision des tissus montre qu'elle est formée d'une paroi de 1 millimètre d'épaisseur, recouvrant un caillot fibrineux qui se sépare assez facilement en deux parties, emboîtées en quelque sorte; la paroi n'adhère pas au caillot à la partie antérieure et inférieure et le doigt introduit entre les deux, pénètre dans l'aorte et jusque dans le cœur. En somme, après dissection, on peut se rendre compte que cet anévrysme est développé aux dépens de la paroi antérieure de l'aorte, dans la portion ascendante de la crosse immédiatement au-dessus du péricarde. Cette tumeur siégeait directement derrière le sternum et la veine cave était appliquée le long de sa paroi droite où elle s'était, pour ainsi dire, creusé un léger sillon, l'origine des vaisseaux de la convexité n'était pas comprise dans la tumeur. Les nerfs voisins ne sont pas comprimés. Il n'en est plus de même de la trachée au-devant de laquelle siége l'anévrysme, et c'est ce qui explique les bruits morbides entendus pendant la vie. La bronche gauche est un peu plus comprimée que la droite.

La trachée est emplie de pus. Le poumon droit ne présente rien d'anormal si ce n'est un épaissement de la plèvre au sommet, cette membrane a atteint l'épaisseur d'un centimètre, quelques granulations crétacées dans le tissu pulmonaire. A gauche on trouve des lésions multiples, d'abord la plaie est adhérente dans toute son étendue sauf à la partie inférieure où l'on trouve une petite quantité de liquide séreux. En avant, près du sternum, dans le 2°, 3° et 4° espace intercostal gauche, on trouve une bande de pleurésie avec fausses membranes fibrineuses, ce qui explique les frottements entendus pendant la vie. A la coupe du poumon on voit une induration du tissu pulmonaire sur toute la hauteur, une sorte de pneumonie totale avec petits foyers multiples contenant du pus liquide. Toutes les bronches contiennent du pus et, après lavage, le tissu pulmonaire présente un aspect aréolaire. Le péricarde contient environ 150 grammes de liquide séreux. Le cœur est normal comme volume. On note un épaissement considérable de la paroi du ventricule gauche, un peu d'athérome des valvules mais pas d'insuffisance de l'orifice aortique. L'aorte est athéromateuse dans sa portion thoracique et abdominale.

M. CORNIL fait remarquer combien il serait intéressant de rechercher les bacilles et de décider s'il s'agit d'une pneumonie chronique simple ou tuberculeuse.

M. PHOCAS montre une volumineuse *tumeur enkystée de la cuisse* probablement sarcomateuse.

27. Cas de mort par un pessaire ; par M. Léonard, interne des hôpitaux.

Au n° 17 de la salle Delessert est couchée la nommée D..., âgée de 54 ans. Cette femme, porteur d'un pessaire très volumineux qui n'a pas été retiré du vagin depuis deux ans, a succombé à l'anémie.

Ce qui frappe à première vue, c'est son abattement considérable; aussi est-ce avec beaucoup de difficultés que nous avons pu l'interroger. Depuis plus de six mois, dit-elle, elle urine fréquemment, souffre beaucoup en urinant et surtout après la miction; depuis le même temps, elle a une constipation opiniâtre. Le médecin du bureau de bienfaisance lui prodigue force capsules de térébenthine et purgatifs, mais la cystite et la constipation, un moment disparues, reparaissent avec leur intensité première. La malade perd l'appétit, s'affaiblit de plus en plus, aussi se décide-t-elle à entrer à l'hôpital. Comme nous l'avons déjà dit, elle est très abattue; les yeux sont ternes, les pommettes plaquées de violet; l'appétit est perdu complètement; la soif est assez vive; la langue est sèche, fuligineuse. Pas de vomissement; la constipation est remplacée par de la diarrhée colliquative. La cystite persiste toujours. La malade urine peu, présente de l'albumine dans ses urines. La peau est recouverte d'une sueur froide et visqueuse; il y a oedème des deux membres inférieurs, depuis la plante des pieds jusqu'à la racine de la cuisse. Le pouls est petit, rapide (120); la température est abaissée : 36°,2. De nombreux râles de congestion sont disséminés dans les deux poumons, surtout aux bases. Le foie et la rate débordent les fausses côtes.

Au toucher vaginal, notre doigt est arrêté à l'entrée du vagin par un corps étranger volumineux, situé à l'entrée du conduit : la malade nous dit porter un pessaire depuis deux ans, et que ce pessaire n'a jamais été retiré. La muqueuse vaginale est épaissie, en forme de bourrelet autour du pessaire; aussi, est-ce avec beaucoup de difficulté que M. Gillette, chirurgien des hôpitaux, a pu l'extraire. Il a

8 cent. et demi de diamètre sur 3 cent. d'épaisseur. Après l'extraction, nous avons vu s'écouler du vagin un liquide muco-purulent, infect dans le sens absolu du mot; aussi M. Gillette a-t-il fait des injections intra-vaginales d'acide phénique au 1/20°, et au moyen d'un tube en caoutchouc, il a poussé de semblables injections dans la cavité utérine.

Une potion de Todd, avec 30 centigr. d'extrait de thébaïque, est ordonnée à la malade. Le même jour, à notre contre-visite, la température a encore baissé: 35°,4; le pouls est petit, incalculable. Les membres sont très froids. Il y a un léger subdélirium. Pendant la nuit, la malade accuse tout à coup une oppression considérable, est assise sur son lit et meurt. T. 34°,2.

AUTOPSIE. — Nous observons les lésions suivantes : les vaisseaux de la *pie-mère* sont très dilatés. Congestion considérable des deux poumons, surtout aux deux bases et en arrière, ce qui rend compte des râles observés pendant la vie. Le *foie* est volumineux, congestionné. La *rate* est grosse, molle, diffluente. Les *reins* congestionnés. Il y a congestion étendue à tout l'*appareil intestinal*. La *vessie* présente une congestion chronique sans ulcération. Les *uretères* ne sont pas dilatés. Il existe une ulcération étendue du vagin, mais peu profonde; pas de communication avec l'urèthre ou le rectum. Un caillot obstrue la veine cave inférieure à son origine; ce caillot se prolonge au loin du côté de la périphérie. — Nous avons donc le droit de supposer que, sous l'influence de la dilatation produite par le pessaire, il y a eu thrombus des veines vaginale, utérine, hypogastrique, puis iliaque et veine primitive. Comme la malade, quelques instants avant sa mort, a accusé une oppression considérable, il était légitime de supposer qu'un caillot détaché du thrombus de la veine cave inférieure avait formé un embolus pulmonaire; nous avons donc ouvert l'artère pulmonaire, poursuivi cette section jusqu'aux 3° et 4° branches; nous n'avons pas trouvé trace d'embolus; au surplus, le poumon ne présentait point de noyaux apoplectiformes. Comme cette femme urinait peu, présentait de l'albumine dans ses urines, avec abaissement considérable de la température, nous sommes en droit de supposer qu'elle a succombé à l'urémie (forme pulmonaire). Voici du reste la pathogénie qui, à notre avis, peut expliquer cette urémie : les produits muco-purulents infects qui s'écoulaient du vagin auront été absorbés par les voies veineuses ou lymphatiques au niveau de l'ulcération vagi-

nale et produit cette vive congestion rénale que nous avons trouvée à l'autopsie.

Nous croyons qu'il n'existe aucun fait relaté dans la science semblable à celui que nous venons d'exposer; aussi avons-nous cru devoir publier cette observation.

M. DOLÉRIS fait observer que l'existence de l'albuminurie et l'abaissement de la température sont beaucoup plutôt penser à l'*albuminurie* et à l'*urémie*.

M. PETIT dit que le pessaire présenté n'est pas de dimensions excessives, qu'il est peu modifié, peu incrusté, et que l'ulcération du vagin s'explique mal par une simple action mécanique.

M. CORNIL pense que cette ulcération s'est faite parce qu'il y avait œdème des parois vaginales, de même qu'il y avait œdème des extrémités inférieures.

Élections.

MM. GUERMONPREZ et GRENIER sont nommés membres correspondants. — M. SEGUIN (de New-York) est nommé membre honoraire.

28. *Inversion splanchnique complète. Méningite*; par M. Emile LÉVÉQUE, interne à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

La nommée Florine Caumont, 19 ans, domestique, entre, le 11 février 1884, à l'hôpital de St-Germain, salle Bony, n° 13 (service de M. LE PIEZ).

A son arrivée, la malade est dans la prostration. Les personnes qui l'accompagnent racontent que, huit jours auparavant (4 février), pendant ses règles et au milieu d'une transpiration abondante, elle commit l'imprudence de boire de l'eau froide en grande quantité. Arrêt brusque du flux menstruel. Le lendemain, perte de l'appétit. Les jours suivants, nausées, diarrhées, fièvre et faiblesses telles qu'elle est obligée de garder le lit. Le 9 et le 10, épistaxis très abondantes, incontinence des matières fécales et profond abatement. La parole devient presque impossible, et les membres sont comme paralysés.

D'ailleurs, aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel; jeune fille très robuste, d'une excellente santé habituelle, réglée depuis l'âge de 15 ans environ, tous les mois ou tous les deux mois.

A son entrée à l'hôpital, le 11 au soir, voici ce que l'on constate: face vultueuse; kérato-conjonctivite intense de

L'œil gauche, datant de quelques jours, sans traumatisme connu; pouls à 156, température axillaire à 40°, 7. L'examen de la poitrine et de l'abdomen ne fait rien découvrir de pathologique. L'extrémité de la langue est assez propre; la malade gémit, mais elle ne prononce aucune parole intelligible. Les membres inférieurs sont immobiles dans l'extension, mais non en résolution; les membres supérieurs font quelques mouvements. Le coma s'accroît et la malade meurt dans la nuit.

AUTOPSIE. A l'ouverture du *crâne*, on reconnaît, à l'œil nu, les lésions d'une méningite franche aiguë: pus liquide dans l'arachnoïde injectée. Ce liquide s'observe surtout le long des vaisseaux, dans la gaine qui les entoure. Epanchement séreux assez abondant dans les ventricules. La *plèvre* est uniformément rouge; les poumons, absolument indemnes de tubercules ou de granulations, sont, ainsi que les reins, le siège d'un certain degré de congestion; les organes du petit bassin sont fortement congestionnés. Aucune altération du côté de l'intestin ni des autres organes. C'est donc à la méningite qu'il faut attribuer ici la mort, cette maladie paraissant avoir été déterminée par un refroidissement brusque et l'arrêt consécutif et immédiat des règles.

Tel est le côté pathologique de cette observation, nous envisagerons maintenant les résultats de l'autopsie au point de vue purement tératologique. A l'ouverture des cavités thoracique et abdominale, la disposition des viscères présente, en effet, une anomalie des plus remarquables.

Cavité thoracique. — Le *poumon* droit, bilobé, est diminué de volume transversalement par la projection du cœur vers ce côté. Le poumon gauche, trilobé, d'un diamètre vertical plus court que celui du poumon droit, à cause de la déclivité du diaphragme vers la droite et en bas, est un peu moins volumineux que ce dernier.

Le *cœur*, situé dans une dépression de la face interne du poumon droit, dirige sa pointe en bas et à droite; son angle d'incidence sur le diaphragme est normal, l'insertion du péricarde sur le centre phrénique étant également portée à droite. — Le ventricule aortique est en rapport avec le poumon droit; le ventricule pulmonaire, avec le poumon gauche; l'un et l'autre surmontés de leur oreillette. La disposition des orifices et des valvules est exactement en sens inverse de l'état normal. A gauche se trouvent les deux *veines* caves supérieure et inférieure, qui viennent se jeter dans l'oreillette à sang noir ou oreillette gauche.

L'*artère pulmonaire* naît de l'infundibulum du ventricule gauche; elle prend une direction oblique en haut et à droite, passant au-devant de l'origine de l'aorte, à droite de laquelle elle se place un peu plus haut. — Là, elle se divise en deux branches: l'une se portant directement vers le poumon droit, l'autre passant derrière l'aorte ascendante qu'elle croise perpendiculairement, avant de se rendre au poumon gauche.

L'*aorte* émerge du ventricule droit et se porte un peu obliquement en haut, en avant et à gauche; elle prend bientôt sa courbure ordinaire. La crosse, embrassant de sa concavité la bronche droite et passant à droite de la trachée, se dirige vers la partie latérale droite de la colonne vertébrale. Les artères coronaires ne présentent d'autre anomalie que leur situation et leur distribution en rapport avec l'inversion du cœur. — L'artère sous-clavière droite naît isolément de la crosse aortique, avant l'origine du tronc brachio-céphalique. Celui-ci se divise en trois branches: les deux carotides primitives et la sous-clavière gauche. — L'aorte thoracique est située sur le côté droit du rachis; la longueur des artères intercostales, bronchiques, etc., du côté gauche devient ainsi supérieure à celle des mêmes artères du côté opposé.

L'*œsophage* se trouve à gauche de l'aorte, au-devant de laquelle il franchit le diaphragme.

Cavité abdominale. — Le *foie*, normal dans son volume et ses divisions, est transposé à gauche: le gros lobe dans l'hypochondre gauche, où il recouvre la partie supérieure du rein correspondant; le petit lobe, s'insinuant vers la droite entre le diaphragme et la grosse tubérosité de l'estomac. Le sillon de la veine ombilicale est à droite, tandis que le sillon de la vésicule biliaire et de la veine-cave inférieure est à gauche du premier. — L'*estomac* présente sa grosse tubérosité à droite, et la petite se dirige à gauche, où elle se continue avec le duodénum au-dessous de la vésicule biliaire. Le fer à cheval du duodénum a sa concavité tournée à droite, embrassant le *pancréas*. Ce dernier présente, non seulement l'inversion générale, mais encore une anomalie de volume: il a la grosseur d'un marron et affecte, avec la paroi duodénale, à peu près les mêmes rapports que la tête d'un pancréas normal. La *rate*, toujours en rapport avec la grosse tubérosité de l'estomac, y est reliée par un épiploon gastro-splénique des plus rudimentaires et présente un défaut de développement remarquable: elle se compose, en effet, de deux petites rates ou lobules, distantes l'une de l'autre de 7 ou 8 centimètres et

à peine du volume d'une noisette. La disposition de l'estomac entraîne un changement dans la direction de l'*intestin grêle*, qui vient se terminer, au niveau de la fosse iliaque gauche, dans le cœcum. A celui-ci succède le colon ascendant situé dans le flanc gauche, et auquel fait suite le colon transverse, ce dernier suit le contour de la paroi postérieure de l'abdomen, à laquelle il est appliqué. Il est séparé de la paroi antérieure par les circonvolutions intestinales qui le recouvrent, et, se dirigeant de gauche à droite, il devient descendant et aboutit au niveau de la fosse iliaque droite, à l'S iliaque transposé. La longueur totale du *gros intestin* est de 1 mètre 15. Rien d'anormal aux reins, ni aux organes génitaux et leurs annexes. L'*aorte abdominale* s'applique, comme l'aorte thoracique, au côté droit de la colonne vertébrale, à droite de la veine-cave inférieure. D'où, modifications nombreuses dans la position et la longueur des vaisseaux. Les veines rénales, par exemple, passent en arrière de l'aorte. Le *rachis*, malgré la transposition de l'aorte, présente, à la région dorsale, une courbure latérale très nette quoique peu prononcée, à concavité gauche.

RÉFLEXIONS. — Bien que les faits d'interversion des vis-cères ne soient pas d'une extrême rareté, les observations de ce genre présentent toujours un côté curieux et utile, en ce sens que des anomalies peu connues sont confirmées et que d'autres, encore ignorées, apparaissent et peuvent contribuer à trancher certaines questions pendantes d'anatomie. C'est ainsi que ce cas d'inversion, outre sa généralisation parfaite, offre trois particularités intéressantes : 1° le défaut de développement du pancréas, qui est de la grosseur d'un marron ; 2° la situation profonde de l'arc du colon (deux faits que nous ne croyons pas encore signalés) ; 3° la déviation latérale du rachis, à concavité gauche, malgré la présence de l'aorte sur le côté droit de la colonne vertébrale. Ce dernier point ne manque pas d'importance, étant établi que notre sujet était *gaucher*. Ce fait vient donc confirmer l'opinion de Bichat, qui attribuait cette courbure à la prédominance des membres supérieurs droits ; il vient à l'encontre de celle de Thomas et de Sappey qui la considéraient comme une simple dépression due à la présence de l'aorte. L'opinion de Malgaigne est, au contraire, ainsi confirmée ; et l'on peut, avec Beaunis (*Rev. méd.*, de l'Est,

1874, la résumer en quelques propositions : 1° la courbure latérale du rachis n'est pas due à la prédominance d'action des membres supérieurs droits ; 2° elle n'est pas non plus une simple dépression vasculaire due à l'aorte ; 3° elle n'est qu'un cas particulier de l'asymétrie (pour ainsi dire naturelle) des deux moitiés du corps, etc.

D'après Beaunis, le diagnostic de la transposition des organes sur le vivant doit être basé sur le déplacement du cœur à droite et celui du foie à gauche. Inutile de rappeler les erreurs qui ont été causées, dans le diagnostic des maladies, par cette transposition ignorée. Cette disposition anormale est d'ailleurs d'une parfaite innocuité : notre malade, d'un caractère peu gai et peu expansif, il est vrai, était alerte et très forte, et a succombé à une maladie tout à fait indépendante de l'anomalie dont il s'agit ; d'autre part, Bose, Sabattier, Chambard, l'ont observée chez des sujets de 84, 80, 74 ans. Quant à la cause de la transposition des viscères, plusieurs hypothèses sont en présence. Celle du physiologiste russe, Baer, est généralement adoptée par les tératologistes. Elle est basée sur ce fait, que, dans les cas de monstruosités doubles, l'individu situé à droite présente toujours une transposition générale des viscères, l'individu situé à gauche présentant la disposition normale. A l'état normal, l'embryon se place, à une certaine période du développement, à la gauche du vitellus ; quand, par des causes encore indéterminées, il se place à droite, on aurait une inversion. — Bibliographie, voir Beaunis, *loc. cit.*, et Schmitt (*Rec. de mém. de méd. milit.* 1880).

29. Affection mitrale. — Caillots fibrineux intra-cardiaques. — Infarctus pulmonaires, dont l'un gangréneux ; par M. MÉNESTRIER, interne des hôpitaux.

M. Ménestrier présente le cœur d'une femme de 25 ans, morte dans le service de M. TROISIÈRE, à l'hôpital Ténon. L'orifice mitral est très rétréci, on peut à peine y passer le petit doigt ; ce rétrécissement est dû à l'accroissement, dans leur partie postérieure, des deux valves de la mitrale, qui sont épaissies et rigides, et à l'adhérence des cordages tendineux entre eux. Le cœur, vide de sang, pèse 180 gr. Dans le ventricule gauche, il existe deux caillots fibrineux anciens, dont l'un, qui a environ 6 centimètres de longueur

sur 3 de largeur, est accolé à la paroi interventriculaire, et l'autre, de moindres dimensions, est situé au voisinage du pilier antérieur. Ces caillots sont ramollis à leur centre et convertis en une sorte de bouillie grisâtre. Des caillots de même nature remplissent les deux auricules, à gauche et à droite. Les *poumons* contiennent plusieurs infarctus, auxquels correspondent des branches de l'artère pulmonaire obstruées par des caillots fibrineux. L'un de ces infarctus est creusé d'une excavation remplie par un détritüs noirâtre sphacélé, et qui n'est séparée de la cavité pleurale que par une lame pulmonaire elle-même gangrénée, mais encore adhérente. Il n'y a pas d'infarctus dans les autres organes.

Pendant la vie, on avait constaté à l'auscultation du cœur un souffle systolique de la pointe; les battements étaient très précipités, inégaux et irréguliers; il y avait une forte dyspnée et des palpitations très violentes. Le faciès était terreux et exprimait à la fois l'anxiété et l'abattement. Les urines étaient peu abondantes et légèrement albumineuses. Les membres inférieurs présentaient un certain degré d'œdème.

Sous l'influence de la digitale, qui fut administrée pendant huit jours à la dose de 25 centigr., cet état s'amenda beaucoup; mais trois semaines environ après l'entrée de la malade à l'hôpital, la dyspnée devint plus forte, des hémoptysies se produisirent d'une façon presque continuelle, et à l'auscultation des poumons, on constata la présence de plusieurs foyers d'apoplexie; les phénomènes septicémiques se prononcèrent de plus en plus, et la malade mourut le 1^{er} février, deux mois environ après le début de ces accidents. Il a été impossible de déterminer quelle était l'origine de l'affection mitrale. La malade n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire aigu et rien ne lui avait jamais fait soupçonner qu'elle était atteinte d'affection du cœur.

30. Rapport sur la candidature de M. Paul Le Gendre, interne des hôpitaux, au titre de membre-adjoint; par M. Gilbert BALLET.

M. Le Gendre a fait à la *Société anatomique* de nombreuses présentations, parmi lesquelles plusieurs présentent un réel intérêt. Nous appellerons particulièrement l'attention sur les deux suivantes. La première est relative à un cas d'*atrophie considérable du ventricule droit coexistant avec un foie biliaire*. Le sujet, une femme de 77 ans, était entré à l'hôpital pour un ictère chronique in-

tense, accompagné d'un état de cachexie qui avait imposé le diagnostic de compression des voies biliaires par un néoplasme. L'autopsie révéla que la compression siégeait au niveau de l'ampoule de Vater et reconnaissait pour agent un cancer de la tête du pancréas. L'artério-sclérose était générale, les reins comme le cœur étaient de consistance scléreuse. Ce dernier organe offrait un aspect tout à fait singulier par suite de la disproportion entre ses cavités gauches, qui, ainsi que l'oreillette droite, ne différaient pas sensiblement de l'état normal chez une femme âgée et cachectique, et le ventricule droit qui était réduit à des dimensions extrêmement restreintes. Ce ventricule était dans sa totalité si petit, qu'il semblait comme un diverticule de l'oreillette. Les parois en étaient très amincies, et la cavité vide de caillots n'aurait pu contenir une noisette; les valves de la tricuspide étaient très diminuées et les piliers comme recroquevillés. Il existait autour du viscère une surcharge adipeuse considérable.

Si nous nous reportons aux rares enseignements contenus dans les livres classiques sur l'atrophie du cœur, nous ne trouvons aucune notion positive sur l'atrophie partielle du ventricule droit. Chomel ayant admis dans l'article du Dictionnaire en 30 volumes deux variétés d'atrophie, la congénitale et l'accidentelle, ajoutait que cette dernière était à peine connue, que l'on pourrait la révoquer en doute et que, par conséquent, il était impossible d'en donner une description. M. Parrot, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, a rejeté la division de Chomel, sans admettre non plus celle qu'avait proposée Bouillaud, qui admettait une atrophie simple, excentrique ou concentrique. Le cas dont il s'agit dans l'observation de M. Le Gendre se rapprochait de la variété d'atrophie décrite par Friedreich et caractérisée par une dureté particulière, un poli très accusé sur les coupes, un état cireux et un aspect presque translucide. Friedreich pense que cette altération, qui paraît être une conséquence des états cachectiques chroniques, est une véritable atrophie scléreuse. M. Parrot ajoute, dans l'article auquel nous faisons allusion : « Bien que les atrophies partielles du cœur aient été peu étudiées, il en existe des exemples. Pour notre compte, nous avons vu plus d'une fois les piliers tenseurs des cordages valvulaires et certaines trabécules pariétales, réduits à de très minimes proportions. Presque toujours il existait un état scléreux de ces parties. » Comme on le voit, nous ne trouverions rien de comparable dans les faits connus à cette atrophie strictement limitée au ventricule droit, si un cas analogue n'a-

vait été présenté à la Société médicale des hôpitaux, en 1880, par M. Féréol. Il s'agissait d'une atrophie du ventricule droit, également trouvée à l'autopsie d'un sujet mort d'une cirrhose du foie. Outre l'influence de l'état cachectique et de l'artério-sclérose, conviendrait-il d'admettre une relation entre l'existence d'une atrophie limitée au ventricule droit et une affection chronique du foie? C'est une question que l'on peut timidement se poser, en attendant que de nouveaux faits du même genre soient signalés.

La seconde communication de M. Le Gendre qui nous ait paru mériter une mention spéciale, est un cas d'*accidents péritonitiques consécutifs à une perforation de la vésicule biliaire par cholécystite suppurée survenue au début d'une fièvre typhoïde*. Une femme de 30 ans, n'ayant jamais éprouvé de symptômes attribuables à un état pathologique du foie, contracte une fièvre typhoïde en soignant son enfant atteint de cette affection. Elle n'en est encore qu'à la période initiale et prodromique, uniquement attestée par la courbature, l'anorexie, l'insomnie et l'épistaxis utérine, lorsque tout à coup éclatent un matin de violentes douleurs abdominales et des nausées, suivies de vomissements porracés réitérés. La fièvre typhoïde s'accroît en même temps que les signes de péritonite persistent; la mort survient rapidement. L'autopsie montre à la fois les lésions d'une dothiéntérie au deuxième septénaire, du pus dans le péritoine et une perforation lenticulaire à bords irréguliers, située au fond de la vésicule biliaire. Celle-ci était pleine de pus et renfermait trois calculs de la grosseur d'une noisette et d'aspect puriforme.

Ce fait diffère de la plupart des cas de cholécystite suppurée, apparaissant dans le cours de la fièvre typhoïde. En effet, M. Hagenmüller, dans une thèse soutenue en 1876, à la Faculté de Paris, et basée sur dix-huit observations, n'en cite qu'une seule tirée de l'ouvrage de Louis, où la cholécystite typhoïde, ignorée pendant la vie, ait été trouvée à l'autopsie d'un sujet mort au huitième jour; encore dans ce cas, la vésicule n'était-elle pas perforée. Dans toutes les autres observations, la cholécystite est apparue après le troisième septénaire et, le plus souvent même, à une époque déjà avancée de la convalescence. Dans le cas de M. Le Gendre, au contraire, il est de toute évidence que la cholécystite suppurée précoce a été la cause des accidents péritonitiques qui ont marqué le début de la dothiéntérie; on peut se demander si la présence de trois calculs volumineux et à surfaces rugueuses n'a pas contribué à hâter la

perforation des parois de la vésicule, rendues friables par l'inflammation. La cholécystite de la fièvre typhoïde est-elle, dans les cas analogues, la conséquence directe de l'empoisonnement, ou n'est-elle que la propagation d'un catarrhe des voies biliaires, provoqué lui-même par l'extension des lésions intestinales? C'est un point non encore résolu.

31. Anévrysme de la portion terminale de la crosse de l'aorte et de l'aorte thoracique; par Lubet BARBON, interne des hôpitaux.

Depuis environ trois ans, le nommé J... se plaignait de vives douleurs à la base du thorax, et il avait déjà été soigné dans divers hôpitaux, lorsqu'il entra à l'hôpital Tenon (service de M. RATHERY).

On note des douleurs spontanées continues, un état saburréal considérable, de l'anorexie et de l'amaigrissement. Les douleurs s'exaspèrent par la pression entre les scapulaires, au niveau du bouton diaphragmatique et des insertions costales du diaphragme du *côté gauche*. Le malade est en outre porteur d'une gibbosité arrondie, de date assez récente, dit-il. Durant son séjour à l'hôpital, nous voyons son état empirer, la cachexie se prononcer chaque jour davantage, et il meurt avec une dyspnée assez intense, après avoir rejeté quelques crachats hémoptoïques, sans que le diagnostic ait pu être établi avec certitude.

L'AUTOPSIE montre un abondant épanchement de sang dans la plèvre *droite*, le coagulum forme une coque au poumon et le refoule en haut. Celui-ci enlevé, on trouve une vaste poche anévrysmale accolée à la colonne vertébrale. Le cœur n'est pas augmenté de volume et les valvules aortiques sont suffisantes. Traces d'endocardite ancienne sur la grande valve de la mitrale. La première portion de l'aorte est anormalement dilatée entre le cœur et le tronc brachio-céphalique, qui est libre, ainsi que les artères carotide et sous-clavière gauches. A un centimètre au delà de ce dernier vaisseau commence la poche. Elle empiète de chaque côté de la colonne vertébrale, un peu plus à gauche qu'à droite, et s'étend le long de celle-ci depuis la première vertèbre dorsale jusqu'à la sixième inclusivement. Les corps de ces vertèbres sont corrodés, et l'os mis à nu sert de paroi à l'anévrysme.

RÉFLEXIONS. — Deux faits nous paraissent intéressants dans notre présentation : d'une part, le volume de la po-

che; de l'autre, l'absence presque complète de tout signe, aussi bien physique que fonctionnel. Si l'on en excepte les phénomènes douloureux auxquels a donné lieu la compression du phrénique gauche, phénomènes datant de trois ans, ne s'accompagnant d'aucun autre trouble appréciable du côté de la circulation ni de la respiration, on ne trouvera pas dans l'histoire clinique de notre malade les éléments suffisants pour guider le diagnostic et conclure à l'existence d'une tumeur artérielle intra-thoracique, du volume de celle que nous avons sous les yeux.

32. Arrachement de la phalange unguéale du ponce droit avec le tendon du long fléchisseur. — Désarticulation interphalangienne immédiate. Guérison.

Le 12 octobre 1883, la soigneuse Rosalie V..., âgée de quinze ans, de Saint-Maurice-lez-Lille, était chargée de veiller au fonctionnement du « délivreur » d'une étaleuse à lin. Le ruban de lin étant venu à s'enrouler autour du cylindre débiteur ou délivreur, l'ouvrière voulut, sans arrêter la marche, dégager ce ruban. La phalange unguéale du ponce droit, introduite sous le lin, est aussitôt serrée, avec une énergie sans cesse croissante, par le ruban sur le cylindre; elle est rapidement entraînée par le mouvement et séparée de la main, retenant avec elle tout le tendon du long fléchisseur sans aucun débris notable du tissu musculaire. Il n'y a pas de douleur notable. La blessée est moins émue que son entourage.

En dégageant du métier la portion arrachée du doigt, on constate aisément la force de constriction qui maintient la phalange sur le cylindre. Les faces dorsale et palmaire sont notablement aplaties. L'ongle n'est pas altéré. Les autres détails anatomiques sont les mêmes que dans le cas précédent. Le pourtour de la plaie est festonné du côté dorsal, d'une grande netteté du côté palmaire, où il répond au pli interphalangien. La partie articulaire de la phalange unguéale fait au milieu de la plaie une saillie non recouverte par la peau. Pour ce motif, la désarticulation de ce fragment, épais de deux millimètres, est pratiquée sans délai. Alors seulement survient une minime hémorrhagie, dont il n'existait aucune trace jusque-là. Le pansement de Lister est appliqué comme de coutume.

13 octobre. Le pansement est taché par le sang. Il n'y a cependant pas d'hémorrhagie notable. Il est fait une très légère compression.

14 octobre. Un peu de douleur, avec quelque sensibilité à la pression, est constatée sur le trajet de la plaie sous-cutanée faite par l'arrachement du tendon du long fléchisseur. Ces signes sont surtout marqués au niveau du poignet.

15 octobre. La douleur et la sensibilité sont un peu plus intenses, bien qu'elles ne troublent pas le sommeil. Le maximum est encore au même niveau. (Une seule sangsue *loco dolenti*.)

16 octobre. Il ne reste plus aucune douleur ; mais seulement une très minime sensibilité. Aucun autre incident n'est survenu. La guérison a été complète le vingt-cinquième jour. Actuellement, le reste du pouce demeure encore refroidi, pâli et surtout amaigri dans une notable proportion.

33. Le 12 janvier 1884, la fileuse de jute, T... (Marie), âgée de 17 ans, a le bras gauche arraché à l'extrémité d'un métier à filer, que l'on trouve arrêté, le mouvement de la machine se perdant par conséquent sur la poulie folle. Il n'y a pas d'hémorrhagie importante.

Description de la pièce anatomique. — Sur la pièce, encore pourvue du cuir dont se munissent habituellement les fileuses de jute, on ne trouve qu'une plaie accessoire. Elle siège à deux centimètres au-dessous du pli du bras, du côté radial : sa dimension répond à peu près au volume d'un crayon ; sa profondeur ne paraît pas dépasser le tissu graisseux sous-cutané. La plaie principale a été dessinée lorsqu'elle était fraîche ; elle est un peu souillée par quelques restes de fibres de jute.

Os. — Le fragment inférieur de l'*humérus*, long de 12 centimètres, est irrégulièrement taillé en un biseau étendu, aux dépens de sa partie antérieure. Dans son canal médullaire se trouve logée une esquille, longue de 7 à 8 centimètres et retournée sur son axe, de façon que sa surface médullaire regarde presque en avant au lieu de regarder en arrière. Sur les bords de ces deux fragments principaux on ne trouve pas de menues esquilles. Le périoste est encore adhérent et même les insertions musculaires.

Muscles et tendons. — Les masses musculaires sont sectionnées avec une netteté relative. Il est, sinon facile, du moins très possible d'en distinguer les éléments les uns des autres. La surface de section, partout irrégulière, se trouve du côté radial, à la même hauteur que la section de l'os ; elle est située 3 ou 4 centimètres plus bas du côté

cubital : c'est ainsi que sur la figure la position choisie permet de voir l'os à découvert.

Le *triceps* est sectionné avec l'irrégularité ainsi décrite. De son milieu, on voit sortir un faisceau de tissu aponévrotique, presque parfaitement tendineux, long de 11 centimètres. Il est placé en avant de la *longue portion* du muscle, d'une part, en arrière des *portions interne et externe* d'autre part. Ce faisceau est imparfaitement divisé par le traumatisme en trois ou quatre segments longitudinaux. Sa face postérieure est presque parfaitement lisse. Sa face antérieure ne porte guère qu'un ou deux débris des insertions musculaires. Les bords interne et externe sont, ainsi que la partie terminale; largement pourvus de débris d'insertions musculaires.

Le *brachial antérieur*, dont les insertions humérales les plus inférieures sont encore intactes, est sectionné surtout dans ses parties charnues. On reconnaissait toutefois beaucoup mieux sur la pièce fraîche les aponévroses et autres parties fibreuses accessoires de ce muscle.

Du *biceps*, on ne retrouve que la partie inférieure du tendon d'insertion radiale. Cet élément fibreux est incomplètement divisé en six ou huit fragments longitudinaux, sur chacun desquels il ne reste guère que des vestiges d'insertions musculaires.

Artères. — L'*artère humérale* est terminée en pointe. Les quinze derniers millimètres sont d'une telle consistance, qu'on n'y peut plus songer à la conservation des couches moyenne et interne. Dans les quatre centimètres suivants, il est facile de sentir trois ou quatre sections analogues de ces mêmes couches. Toutes ces lésions sont évidemment dues à l'allongement que l'artère a dû supporter avant de se rompre. Cet allongement est d'ailleurs indiqué encore par ce détail, que l'artère peut être retirée de sa gaine celluleuse, jusqu'à en rendre visible une longueur de 10 ou 12 centimètres. On ne retrouve pas l'*humérale profonde* sur la surface de section.

Veines. — Les lésions de ces vaisseaux ne présentent aucune particularité qui mérite d'être signalée. On n'en trouve d'ailleurs qu'un petit nombre (toutes sont des sous-cutanées). Elles sont moins étirées que l'artère, et leur consistance est partout la même. Une seule *ecchymose* mérite d'être notée : elle se trouve sous l'aponévrose d'enveloppe du bord interne du bras et se prolonge un peu dans l'espace qui sépare le *brachial antérieur* de la portion interne du *triceps*.

Nerfs — Le *nerf cubital* est conservé sur la pièce dans

une étendue qui n'a pas moins de 15 centimètres. Il conserve son volume normal encore à une distance de 7 ou 8 centimètres de la surface de section musculaire. A partir de ce point il s'atténue insensiblement, sans perdre de sa solidité, jusqu'à devenir à peu près filiforme. Examinée sous l'eau, cette dernière portion a l'aspect d'un faisceau d'une douzaine de gros poils.

Le *nerf musculo-cutané* est saillant dans une longueur d'environ 10 centimètres et présente les mêmes altérations.

Le *nerf radial* a été sectionné à peu près à la même hauteur que le fragment principal de l'humérus.

Du *nerf médian* on ne retrouve absolument pas trace sur la surface de section.

Téguments. — La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont sectionnés avec une netteté aussi parfaite que pourrait le faire l'instrument tranchant dans une amputation chirurgicale. Mais cette régularité de la section n'est ainsi parfaite que dans les trois quarts de l'étendue de la plaie. La partie antérieure de celle-ci est formée par un lambeau dont les bords sont dépourvus de la couche cellulo-graisseuse sous-jacente et sont manifestement recroquevillés en dedans. Ce lambeau, dont le bord longitudinal ne dépasse pas 4 centimètres, est limité en bas par un bord de 2 centimètres. Quant à son bord supérieur il n'est distinct du reste de la surface de section que dans une étendue de 5 centimètres seulement.

Il n'y a d'ailleurs aucune *mâchure* de la peau (1).

On transporte aussitôt la blessée à l'hôpital civil de Dunkerque (salle des femmes blessées, n° 13), où elle reçoit immédiatement les soins de M. le D^r Dezwarte, chirurgien en chef, et de M. le D^r Blanckaert, chirurgien-adjoint. La blessée est dans un état de shock peu alarmant (*potion cordiale*). On ne donne pas de chloroforme.

Le nerf médian, qui fait une saillie de 10 à 12 centimètres, est immédiatement sectionné; puis un autre nerf, qui proémine de même. Au moment de chacune de ces deux sections, la patiente accuse une douleur très manifeste, mais de courte durée. — La régularisation de la masse charnue est faite ensuite dans une étendue de 6 à 8 centimètres. — A l'aide de la scie à amputation, une longueur de 10 centimètres de l'humérus est enlevée. — La

(1) Ce détail suffirait, au besoin, pour écarter l'idée d'un coup d'engrenages, comme on l'a proposé pour interpréter le mécanisme de cet accident, accompli sans témoin véritable.

peau, nettement tranchée par le traumatisme, laisse en un seul point une saillie de 5 sur 6 centimètres environ, qui nuit à la régularité nécessaire du moignon. Cette portion est excisée. Une ligature de précaution ayant été préalablement faite sur l'humérale, trois autres ligatures sont nécessaires après la section de la masse charnue : toutes sont faites à l'aide de la soie phéniquée. Un drain est placé au fond de la plaie et une dizaine de points de suture au fil de lin rapprochent la lèvre antérieure de la postérieure. Le pansement se compose d'un linge fenêtré, imbibé d'huile phéniquée, puis d'un large gâteau de charpie, maintenu par une compresse et une bande sèches.

16 octobre. Le moignon est un peu tuméfié, à peine sensible à la pression. L'état général est satisfaisant. Même pansement.

18 octobre. Il y a moins de tuméfaction. Le pus sort assez librement par les divers pertuis des fils de suture, un peu aussi par les parties intermédiaires. Le drain n'est cependant pas obstrué : le pus s'en écoule manifestement. Il y a un peu d'empatement dans la moitié inférieure du moignon, surtout en avant. La sensibilité à la pression n'est guère plus grande. L'état général de la blessée demeure satisfaisant. Sur l'invitation de mes bienveillants confrères, j'applique le pansement listérien, avec la modification signalée plus haut.

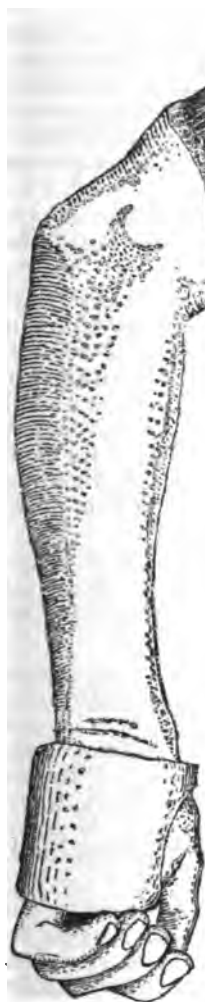
21 octobre. La plaie a très bon aspect ; mais les sutures n'ont pas tenu. La suppuration est copieuse, mais sans fétidité importante. Le pansement listérien est renouvelé.

23 octobre. Même situation, même pansement.

25 octobre. Les derniers points de suture sont enlevés. Deux fils de ligature sont éliminés. La plaie bourgeonne sur toute sa surface et d'une manière uniforme. Un petit gâteau de gaze phéniquée, imbibée de la solution normale ($2 \frac{1}{2} \%$), est placé en avant et un autre en arrière des deux lèvres de la plaie. Ils sont tous deux ramenés en bas au moyen de quelques tours de bande, dans le but de rapprocher les deux lèvres. Le reste du pansement est fait comme de coutume.

3 février. Les petits gâteaux de gaz phéniquée n'ont pas donné le résultat cherché ; ils ont paru causer une certaine irritation de la surface suppurante et ont été abandonnés. Une petite phlyctène a été trouvée une fois à la partie supérieure du moignon ; elle est d'ailleurs en pleine voie de guérison. La plaie conserve son bon aspect et se rétrécit sensiblement.

34. Arrachement de la phalange unguéale du pouce droit avec tout le tendon du long fléchisseur. — Complication au début. — Guérison ; par M. le Dr GUERMONPREZ.



Le 6 novembre 1880, le manoeuvre G... Achille, 49 ans, demeurant à Ronchin, installe un essieu de wagon dans un tour à essieux. Au moment où il achève de disposer la corde enroulée en spirale autour de cet essieu, brusquement, un autre

ouvrier, met inconsiderément la machine-outil en marche : le manoeuvre G... se sent pris ; et, tout aussitôt, il voit suspendu à la machine un long cordon blanc et, au bout de ce cordon, une partie de son pouce qui est restée entre la corde et l'essieu. Il affirme n'avoir éprouvé aucune douleur immédiate ; il assure de la même manière n'avoir exercé aucune traction ; la machine-outil a donc fait l'arrachement.

Après un premier moment de stupéfaction, le blessé éprouve une douleur, non pas dans le pouce, mais bien dans presque tout l'avant-bras. Cette douleur n'est pas plus localisée à la face antérieure qu'à la face postérieure ; elle paraît se calmer par l'action de la marche.

La portion arrachée du pouce se trouve extrêmement aplatie, tant sur la face palmaire que sur la face dorsale ; l'ongle n'est nullement décollé. La peau et le tissu graisseux ne présentent aucune modification notable. L'os est peut-être aplati et il est

Fig. 5. Elle répond à la communication de M. Guernonprez (p. 173).

manifestement fracturé, et laisse dans le moignon les parties internes et externes de sa surface articulaire. Sur le côté externe se trouve un débris d'artères et de nerfs collatéraux, dont la longueur est de 8 à 10 millimètres.

Le tendon arraché est très adhérent à la face palmaire de cette phalange unguéale. Ce tendon, à peine taché de sang, n'a pas été lavé; il présente, dans sa partie supérieure, des irrégularités sur ses deux faces et surtout sur ses bords; on n'y trouve que de minimes débris musculaires. Une demi-heure après l'accident, la longueur totale du tendon dépasse 23 centimètres; après une macération de six jours dans l'alcool, cette longueur se trouve réduite à 17 centimètres (1).

En examinant attentivement ce tendon, on reconnaît qu'une sorte de retroussement des parties superficielles s'est produite dans les 4 centimètres les plus inférieurs. Cette lésion s'est produite grâce à une déchirure longitudinale sur la face profonde du tendon. La partie déplacée se trouve ainsi rabattue sur le côté cutané du cordon tendineux.

La plaie est extrêmement irrégulière; ses bords, festonnés, sont recoquevillés en dedans, très amincis; ils recouvrent complètement le tissu cellulo-grasieux. Le lavage de la plaie ne donne qu'une hémorrhagie en nappe, qui est très diminuée par trois ligatures au fil de lin. Ce lavage permet de reconnaître les deux petits fragments de la phalangette, fragments qui sont très adhérents par les ligaments latéraux, et dont l'exploration est si douloureuse, que le blessé n'en veut pas laisser faire l'excision immédiate.

L'inspection de l'avant-bras n'indique rien d'important, mais la palpation permet de reconnaître, à la face antérieure et externe de l'avant-bras, une vive sensibilité à la pression profonde et même un certain degré de sensibilité à la pression superficielle, dans toute l'étendue de la face antérieure du radius, de l'éminence thénar et de la face palmaire de la phalange métacarpienne conservée du pouce.

(1) L'élongation du tissu tendineux est ici bien évidente et mérite d'être rapprochée du fait publié par M. le professeur Gosselin à propos de l'observation de M. Paris, d'Angoulême (*Gaz. des hôp.*, 1874, p. 812). On sait que Giraldès compare ce résultat à celui qui résulte d'une forte traction sur un fil de lin composé de fibres parallèles. Quelques-unes de ces fibres se brisent à des niveaux divers et le fil s'allonge en s'amincissant. » (*Société de chirurgie de Paris* 1^{er} septembre 1874, et aussi, *Académie de médecine. Paris.*)

Le pansement de Lister est appliqué, en remplaçant toutefois la bande de gaze phéniquée par une bande de tarlatane pourvue de l'apprêt ordinaire et imbibée, comme toutes les pièces du pansement, à l'aide de l'eau phéniquée normale (2,5 0/0). Le blessé maintiendra la main à un niveau plus élevé que l'épaule.

Le 7 novembre, le blessé a beaucoup souffert pendant toute la nuit. Des douleurs violentes ont siégé, non pas dans la plaie, mais bien vers la face antérieure de l'avant-bras, et surtout au niveau de l'éminence thénar et de la partie voisine de la face antérieure du carpe. (*Cinq sangsues à ce niveau du carpe.*) Le pansement est renouvelé, bien qu'il n'ait été que peu souillé par le sang. Une hémorrhagie, provenant évidemment de la collatérale externe du pouce, survient à ce moment. (*Ligature au fil de lin.*)

8 novembre. L'application de sangsues a déterminé un soulagement complet, le blessé n'éprouve plus aucune douleur, mais seulement une gêne très légère au niveau du pouce.

9 novembre. Légère sensation de pesanteur au niveau du tiers inférieur de l'avant-bras.

10 novembre. Après un peu de fatigue de la veille, de nouvelles douleurs se sont développées vers le tiers inférieur de l'avant-bras, ont causé une insomnie complète et sont devenues ce matin, tout à fait intolérables. On trouve en effet, dans la partie indiquée, une tuméfaction évidente dans une étendue verticale de trois à quatre travers de doigt, une rougeur diffuse et modérément marquée, et surtout une chaleur âcre, extrêmement intense et qui rappelle celle du phlegmon. Le membre est d'ailleurs incapable de tout mouvement. (*Huit sangsues loco dolenti et un purgatif.*)

11 novembre. Le soulagement est tout aussi complet qu'après la première émission sanguine locale.

15 novembre. Le pansement n'a pu être renouvelé depuis trois jours. Une légère douleur existe au niveau de la plaie : on trouve en ce point un petit clapier du côté palmaire. Le dernier débris de la phalange unguéale est excisé; les autres avaient été enlevés lors du renouvellement du précédent pansement.

A partir de ce moment, la marche de la réparation est lente, mais régulière; le 15 décembre, le blessé commence à savoir tenir une plume. Vers le 1^{er} janvier, il prend un service de bureau et ne cesse pas de le continuer depuis cette époque. La cicatrice, un peu délicate, le gêne lors-

qu'il heurte la partie terminale du pouce, dont la portion conservée est, d'ailleurs, quelque peu amaigrie, pâlie et refroidie, peut-être en raison du doigt de gant dont il est revêtu presque en permanence. Tous les mouvements du pouce sont conservés (sauf, bien entendu, ceux de la phalange) dans toute leur étendue. Cet homme écrit aussi convenablement et aussi rapidement qu'autrefois.

Pour se rendre un compte exact du mécanisme de cet arrachement, il est nécessaire de bien voir la machine-outil, et à l'état de repos, et en fonctionnement. On le comprend ainsi; trois éléments sont intervenus : d'abord, un cylindre assez volumineux; puis une corde, fixant solidement, impérieusement et de plus en plus, l'extrémité du pouce sur le volumineux cylindre; enfin, un puissant et irrésistible mouvement de la machine-outil (1).

Si d'ailleurs on se rapporte à la pièce anatomique, on reconnaît trois lésions se succéder, ou plutôt se suivre de si près, qu'elles semblent se confondre en un seul instant : ainsi se produit la fracture directe (1), la section de la peau et l'arrachement du tendon.

35. M. DELOTTE montre un cas de rétrécissement de l'urètre avec rein chirurgical.

36. M. DELOTTE fait voir une portion d'intestin grêle, sur lequel un étranglement herniaire a provoqué, en 7 heures, une perforation par sphacèle des tuniques. La perforation,

(1) Après avoir relaté sommairement quatre faits inédits d'arrachement de phalange avec le tendon correspondant, M. Busch (*Cent. für Chirurgie*, 1881, n° 1) avoue qu'il a essayé, mais en vain, de produire la lésion sur le cadavre (*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir. prat.*, 31 mars 1882), comme l'a fait avant lui M. Segond pour l'arrachement des doigts (*Progrès médical*, 3 juillet 1880). La cause de cet insuccès de l'auteur allemand se trouverait peut-être dans la réalisation incomplète d'une au moins des trois conditions nécessaires, sur lesquelles nous avons cru devoir insister. M. le Dr Debrou, chirurgien en chef de l'hôpital d'Orléans, a fait plus anciennement encore, des expériences pour l'arrachement du pied (*Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 27 mars 1872, 3^e série, t. I, p. 146.)

(1) Il est à remarquer, en effet, que les ligaments articulaires n'ont pas cédé. Les extrémités de la phalange, sur lesquelles s'insèrent ces ligaments latéraux, sont demeurées adhérentes dans le moignon. Dans les observations complètes, on trouve ordinairement ce détail : les ligaments articulaires tiennent bon (sinon les capsules); les os cèdent. La fracture paraît être une condition préalable, presque nécessaire, pour l'arrachement.

linéaire, présente des mailles qui forment une sorte de crible, de dentelle.

37. M. LEBRETON montre un cœur atteint de rétrécissement et d'insuffisance de la valvule mitrale. Cette lésion ne s'était révélée par aucune espèce de souffle de la pointe.

38. M. DOYEN fait voir un cancer végétant de l'estomac, siégeant près du pylore, qui a provoqué la production d'un abcès du foie, avec fusée vers la peau, au voisinage de l'ombilic. Il existe une végétation d'une des valves sigmoïdes de l'aorte, qui est peut-être de nature cancéreuse, et une méningite suppurée.

39. Squirrhe atrophique des deux seins. — Infiltration cancéreuse de la colonne vertébrale; par M. BLANCHARD.

La nommée Pol..., Rosalie, âgée de 41 ans, blanchisseuse, entre le 5 février 1883 (service de M. NICAISE), salle Chassagnac, n° 7.

Cette malade n'a aucun antécédent héréditaire. Elle a toujours joui d'une bonne santé étant jeune. A l'âge de 25 ans, elle accouche d'un enfant qui, actuellement encore, est bien portant. A 29 ans, second enfant, qui meurt à l'âge de 5 ans d'une méningite tuberculeuse. Elle a nourri ses deux enfants. Pendant qu'elle nourrissait le second (1872), elle eut un abcès au sein gauche. Cet abcès s'est ouvert spontanément après un mois de souffrance et s'est cicatrisé en dix jours. Depuis cette époque, la partie supérieure du sein qui avait été le point de départ de l'abcès, est restée indurée, mais le sein conservait sa forme normale.

Jusqu'en 1880, l'état général de la malade fut excellent; mais à cette époque, elle commença à ressentir des douleurs dans le sein gauche, avec des irradiations dans tout le côté gauche du corps. En même temps, le sein diminuait de volume et augmentait de consistance. Il n'y eut jamais d'écoulement par le mamelon. Dans le courant de 1882, elle eut également des élancements douloureux dans le sein droit, et en octobre 1882, elle entra à la Charité, dans le service de M. Després. Ce chirurgien constata l'existence de tumeurs dans les deux seins et ne fit pas d'opération.

Pendant son séjour à la Charité, la malade ressentit dans les membres inférieurs des douleurs fugaces, mais lancinantes. Ces douleurs la faisaient boiter, et étaient surtout violentes à gauche. Elles persistèrent, et les membres inférieurs devinrent de plus en plus faibles, si bien que de

puis le mois de janvier 1883, la malade ne peut plus se tenir debout. En janvier 1883, elle eut également des douleurs dans les épaules et la région lombaire. Elles affectaient le caractère des douleurs en ceinture, étaient intermittentes et toujours plus prononcées à gauche. — Constipation habituelle; jamais de troubles du côté des voies urinaires.

A son entrée à l'hôpital Laënnec, la malade est très faible, ne mange presque rien et ne dort pas. Elle accuse des douleurs très vives dans les deux seins. Le gauche est dur, rétracté, adhère à la peau, qui a l'aspect d'une peau d'orange. Il n'adhère pas aux parties profondes. Le droit est également rétracté et déformé, mais moins dur que le gauche. On trouve dans l'aisselle quelques ganglions petits et indurés. — Douleurs en ceinture. Rien dans les membres supérieurs. Les membres inférieurs sont parésiés et douloureux; la malade peut à peine les remuer dans le lit. La jambe gauche est légèrement fléchie sur la cuisse. — La sensibilité est conservée. Pas de troubles rectaux ni vésicaux.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade s'affaiblit de plus en plus, et comme elle reste assise sur son lit, elle s'infléchit peu à peu en avant.

En novembre et décembre 1883, les douleurs spontanées deviennent plus violentes dans le membre pelvien gauche. La parésie augmente. La malade s'affaiblit de plus en plus et succombe le 8 janvier 1884.

AUTOPSIE, 26 heures après la mort. — Pas de rigidité cadavérique. Sternum déformé, concave en avant. — A l'ouverture du *thorax*, on trouve des adhérences pleurales antérieures; à droite, il y a un épanchement séreux qui peut être évalué à 500 grammes et des fausses membranes qui paraissent récentes. — Dans les *poumons*, on trouve éparses, du sommet à la base, quelques granulations blanches, dures au toucher, qui ont été prises pour des granulations cancéreuses. L'examen histologique n'en a pas été fait.

Les *reins* et la *rate* sont petits, mais ne présentent aucune altération. — Le *foie* est petit : 905 grammes. Sur le lobe gauche, on voit de petits points blancs présentant la même consistance que le tissu hépatique, et ne faisant pas saillie à l'extérieur. Sur une coupe, ces points ont à peu près 1 millimètre d'épaisseur. Examinés au microscope, ils sont formés par du tissu conjonctif rempli d'éléments embryonnaires et pénétrant entre les lobules. — Il n'y a rien dans les *organes génitaux*.

Les seins sont durs et petits. La peau adhère intimement à la tumeur; il n'y a pas d'adhérence aux parties profondes. Dans l'aisselle gauche, on trouve une dizaine de petits ganglions indurés, et l'on sent sous le doigt les lymphatiques qui les réunissent à la tumeur. L'examen histologique des seins a montré que l'on avait bien affaire à des squirrhes.

La colonne vertébrale est ramollie dans sa partie antérieure et se laisse très facilement entamer par le couteau. Dans la région lombaire, on trouve en avant d'elle un chapelet de ganglions indurés. Elle présente dans sa partie supérieure une inflexion latérale en S peu prononcée; mais au niveau de la dernière dorsale et du sacrum, elle est fortement concave en avant. Le corps de la douzième dorsale est écrasé, et cette vertèbre paraît avoir disparu. Quant au sacrum, il fait, avec la colonne vertébrale, un angle aigu ouvert en haut, et dans cet angle, le plexus sacré est comprimé. Sur une coupe verticale, on voit que le sacrum s'est porté tout entier en avant. La première vertèbre sacrée a sa situation normale, et ce sont les cinq dernières qui ont glissé sur la première.

Les os sont mous et dégénérés. Au niveau du sacrum, on ne trouve plus trace de tissu osseux; il en est de même dans les portions correspondantes des os iliaques. Quant au reste de la colonne vertébrale, elle présente une infiltration cancéreuse généralisée. Le tiers antérieur de tous les corps vertébraux est ramolli, et on trouve des granulations cancéreuses dans les apophyses transverses et les apophyses épineuses. — Les autres os du squelette n'ont pas été examinés.

Séance du 29 février 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

40. M. BROCA présente un *pied bot* et insiste sur les particularités anatomiques qui résultent de sa dissection.

41. M. DELOTTE fait voir une pièce sur laquelle le *carré crural* s'insère à l'avant-dernière côte. Ce muscle se trouve

ainsi en rapport direct avec le cul-du-sac pleural, de sorte qu'un empyème pourrait ainsi se répandre dans la gaine du muscle et fuser au loin, ainsi que cela s'est vu.

42. M. AYROLLES présente un cas de *lithiase rénale* survenue chez un goutteux, mort avec des phénomènes d'urémie, après quatorze jours d'anurie.

43. AYROLLES montre un *cancer végétant de l'œsophage* qui présente l'aspect d'une large plaque allongée. On trouve une masse ganglionnaire interposée entre l'œsophage et la bifurcation des bronches. Comme il y a eu rejet de crachats blanchâtres d'un aspect particulier, on peut se demander s'il n'y a pas eu communication de la masse cancéreuse ramollie avec les bronches.

M. CORNIL démontre le trajet qui fait communiquer la masse ganglionnaire ramollie avec une des bronches. Il pense qu'on trouverait là un épithélioma cylindrique, et que le cancer de l'œsophage est un épithélioma secondaire qui s'est propagé par le ganglion interposé. L'étendue de la plaque végétante, la mollesse de la masse cancéreuse sont beaucoup plus en faveur de l'épithélioma cylindrique que de l'épithélioma pavimenteux.

44. MM. MALIBRAN et MATHIEU font voir le cœur et le foie d'un homme qui a succombé à l'asystolie consécutive à un rétrécissement mitral. Pendant la vie, on a constaté un ictère très coloré et des battements épigastriques, qui ont pu faire penser à l'existence d'un cancer hépatique. Il s'agit simplement d'un foie muscade, avec infiltration biliaire accentuée.

45. Traumatisme de l'abdomen, rupture de l'intestin sans épanchement de matières fécales, rupture d'une branche de l'artère mésentérique inférieure, énorme épanchement de sang dans l'abdomen ; par H. CHAPUT, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

Le nommé Alfred Champion, charretier, âgé de 47 ans, entre à Lariboisière, salle Saint-Ferdinand (service de M. le professeur DUPLAY), le 25 février, à cinq heures et demie du soir.

C'est un homme qu'on a ramassé sur la voie publique ; ses chevaux marchaient sans guide, et on supposait que sa

voiture lui avait passé sur le corps. L'interne de garde l'examine à l'entrée; il constate du collapsus et de l'algidité. Il y a une longue ecchymose longitudinale qui croise obliquement la cuisse gauche, au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'abdomen n'est pas distendu, mais on constate la présence d'un épanchement considérable, remontant à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis. — Mort dans la nuit, le 26 février, à une heure du matin.

AUTOPSIE, le 29 février. — A l'ouverture du ventre, on constate d'abord la présence d'une énorme quantité de sang noir (environ 2 litres), absolument liquide et nullement mélangé de matières fécales, bien que l'odeur qu'il exhale ait la fétidité des épanchements de péritonite. Le paquet intestinal tout entier est injecté de rouge comme au premier degré d'une péritonite; cependant, pas d'exsudats ni de fausses membranes.

Le foie est très injecté, d'une couleur violacée; il ne présente pas de rupture. Il existe au-dessous de la peau qui recouvre les dernières côtes droites un épanchement de sang peu abondant dans le tissu sous-cutané, mais pas trace de fracture de côtes. La rate est pareillement violacée, très injectée, mais ne présente pas de ruptures.

En écartant les anses intestinales, on arrive très vite à inspecter le mésentère, et il est très facile de constater que le feuillet gauche du mésentère, à son insertion sur le côté correspondant de la colonne vertébrale, à la hauteur de la troisième vertèbre lombaire, présente une déchirure irrégulière haute d'environ 8 centimètres et large de 5 à 6 centimètres.

Non loin de cette déchirure, on voit deux bouts d'intestin, sectionnés, mais pas nettement; ils sont au contraire comme machés, aplatis, et leurs tuniques sont comme effilées. Pas de matières fécales ni à la surface de ces bouts d'intestin, ni même dans leur intérieur, à une certaine distance.

Pour reconnaître nettement la source de l'hémorrhagie, nous enlevons en masse tous les viscères, et disséquons les organes par la face postérieure. Nous voyons nettement que l'aorte est intacte, de même que la veine cave inférieure. Peut-être, cependant, quelques veines lombaires ont-elles été sectionnées par le traumatisme; mais il nous est impossible d'en avoir la preuve directe.

La dissection des branches qui naissent de l'aorte nous montre bientôt que l'un des rameaux de l'artère mésentérique inférieure présente une solution de continuité. A ce niveau, l'artère, qui est du volume d'une petite radiale, pré-

sente un point rétréci; ses tuniques sont infiltrées de sang, et au niveau des bords de la plaie, on trouve un très petit caillot qui n'obstrue pas la lumière des vaisseaux. Evidemment, c'est cette branche de l'artère mésentérique inférieure qui a dû fournir l'épanchement de sang trouvé à l'ouverture du ventre.

RÉFLEXIONS. — L'absence de matières fécales dans le péritoine, à la suite d'une rupture complète de l'intestin, est sans doute un fait exceptionnel. Il est bon cependant de rappeler que Jobert, dans ses expériences, sectionnant l'intestin grêle des chiens, voyait les deux bouts se contracter au point de prévenir l'effusion des matières fécales dans le ventre. D'autre part, des faits analogues se passent dans les plaies d'artères par arrachement, ou simplement par écrasement ou broiement.

L'odeur absolument fétide de l'épanchement sanguin dans l'abdomen pourrait faire croire que les matières fécales s'y sont trouvées mélangées; mais outre que l'odeur en question n'était pas nettement fécale, ce détail trouve d'ailleurs son explication dans ce fait, qu'il est commun de voir les épanchements de l'abdomen devenir rapidement fétides à cause des phénomènes d'endosmose qui se produisent très facilement à travers les minces parois intestinales. Cela nous permettrait en même temps d'expliquer pourquoi notre épanchement sanguin, dont la source était artérielle, avait pris la coloration du sang veineux, puisqu'on sait que les gaz qui dominent dans l'intestin sont l'acide carbonique et l'hydrogène sulfuré.

L'étude attentive de ce cas nous suggère encore des réflexions relatives aux indications opératoires dans les cas d'épanchement sanguin de l'abdomen. Disons d'abord que nous n'entendons pas qu'une intervention fût indiquée chez notre malade, l'état d'algidité et de collapsus dans lequel il était devait faire rejeter toute opération. Mais n'est-il pas des cas analogues, dans lesquels on se trouve en présence d'un malade qui a subi un traumatisme de l'abdomen et qui présente les signes d'un épanchement rapidement croissant, sans être cependant dans un état d'algidité qui défende l'intervention? Dans ces conditions, a-t-on le droit d'intervenir chirurgicalement? On nous objectera que l'on risque fort de tomber sur une déchirure des gros vais-

seaux de l'abdomen, aorte ou veine cave; mais l'objection tombe devant ce fait qu'en ces circonstances, d'ailleurs exceptionnelles, la mort est si rapide, que le chirurgien n'a que le temps de venir constater la mort du sujet.

D'autre part, les épanchements sanguins de l'abdomen peuvent reconnaître pour cause les déchirures du foie et de la rate; il nous semble cependant que, par la palpation, la pression exercée au niveau de ces organes, on reconnaîtrait par la douleur provoquée si ces organes peuvent être incriminés comme cause d'hémorrhagie.

Ces deux sources d'hémorrhagies éliminées, déchirures de l'aorte et de la veine cave d'une part, déchirures du foie et de la rate d'autre part, on ne peut plus guère admettre qu'une déchirure soit du mésentère, soit du grand épiploon. Dans ces conditions, il semble qu'on ne doive pas éprouver des difficultés insurmontables à trouver le vaisseau qui donne et à le lier.

Ajoutons encore un détail qui a bien son importance dans l'espèce : Un traumatisme dont la violence est assez considérable pour déterminer une rupture du mésentère ou de l'épiploon, n'a-t-il pas en même temps beaucoup de chances d'avoir contusionné l'intestin contre la colonne vertébrale ou même de l'avoir perforé ou rompu. Perforation ou rupture qui, dans les cas qui nous occupent, se trouve masquée par les symptômes de l'épanchement sanguin.

On pourrait nous faire observer qu'il y a des épanchements sanguins de l'abdomen qui guérissent, mais nous ne pensons pas qu'on guérisse d'une rupture ou d'une perforation intestinale de cause traumatique. Quant à ce qui est de la rupture de l'intestin, le beau succès qu'a présenté M. Bouilly à la Société de chirurgie, en 1883, montre que l'intervention est parfaitement justifiée dans ces cas.

Nous ne ferons nulle difficulté d'avouer que les circonstances dans lesquelles il est permis d'intervenir sont très rares. Il est exceptionnel de rencontrer un malade qui, à la suite d'une contusion de l'abdomen, présente un épanchement sanguin abondant, rapidement croissant et sans algidité extrême. Nous insistons sur ce caractère de l'épanchement d'être rapidement croissant. C'est en effet l'indication la plus formelle. En effet, en présence d'un épanchement

stationnaire, on risquerait fort en intervenant de trouver un vaisseau oblitéré par un caillot.

La question des contre-indications, tirées des lésions du foie et de la rate, doit encore rendre le chirurgien très réservé. Nous savons l'extrême difficulté qu'on éprouve à les diagnostiquer. On pourra se baser, pour les rejeter, sur le point d'application du traumatisme qui n'aura pas agi sur la région hépatique ou splénique, et enfin sur l'absence de douleur à la pression. Dans les cas d'algidité extrême, de collapsus, cette recherche est impossible; mais nous nous sommes déjà expliqué à ce sujet, et nous pensons qu'en ces conditions on ne doit point intervenir.

46. Epithélioma mammaire. — Altération épithéliale de la zone suspecte; par M. E. VALUDE, interne des hôpitaux.

F... (Marie), âgée de 32 ans, entre le 7 février 1884, salle Lisfranc, lit n° 24. (Service de M. le professeur VERNEUIL.)

Cette malade, d'une très belle apparence de santé, porte au sein droit une tumeur dont le début remonte à un an. L'accroissement, lent au commencement, est devenu plus rapide dans ces derniers mois. Jamais de douleurs. La tumeur est arrondie, du volume d'une mandarine environ, un peu bosselée, dure. Elle siège à la partie supérieure et interne du sein, tout à fait à la périphérie de la zone mammaire, si bien que la malade ne croyait pas qu'elle dépendait du sein. La peau est mobile sur elle, non changée de couleur, le mamelon n'est pas rétracté. La tumeur, en totalité, est très mobile sur la profondeur. Le reste de la glande paraît saine et la tumeur semble très bien limitée. Il existe un ganglion dans l'aisselle. M. Verneuil diagnostique un épithélioma et l'ablation totale de la mamelle ainsi que du ganglion est effectuée.

Une coupe médiane de la mamelle et de la tumeur montre que la tumeur, bien limitée, comme encapsulée, offre macroscopiquement l'aspect de l'épithélioma. Mais ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que le reste du segment de glande mammaire, dont dépend la tumeur, n'offre pas l'apparence du tissu mammaire sain. Cliniquement, la tumeur paraissait tout à fait isolée du reste de la glande, cette glande paraissait souple et saine; la coupe, après l'opération, fait voir que le segment mammaire qui contient les canaux galactophores émanés de la tumeur est un peu augmenté de volume et que sa couleur diffère nota-

blement du tissu blanc caractéristique du tissu mammaire non altéré. Les autres segments mammaires offrent, du reste, manifestement cette couleur de bonne nature, en opposition avec la couleur blanc rosé du segment suspect ; c'est là la zone suspecte, qu'il faut savoir reconnaître et enlever, sous peine de faire une opération incomplète. Restait à savoir si cette portion de glande suspecte était réellement altérée. L'examen histologique a démontré la vérité de ces prévisions.

Cet examen a, en effet, fait reconnaître dans la tumeur elle-même un épithélioma des plus caractérisés. Dans la zone suspecte on observe les lésions de l'épithélioma au début. Certains conduits glandulaires sont sains et leur épithélioma n'est nullement altéré, d'autres sont augmentés de volume, déformés ; l'épithélium, en pleine prolifération, distend les culs-de-sac, ça et là rompt les parois et se répand dans le tissu conjonctif péri-canaliculaire. Disons, pour être complet que l'examen du ganglion axillaire a révélé l'envahissement de ce ganglion par l'épithélioma.

Donc, voici une tumeur d'apparence isolée, à propos de laquelle on eût pu penser que le reste de la glande était sain. L'examen macroscopique avait déjà pu faire reconnaître le début du mal dans la zone suspecte, mais il est des cas où cet envahissement ne se révèle macroscopiquement par aucun signe. Le microscope seul peut faire reconnaître l'altération de l'épithélium.

Il faut connaître ces cas, pour se défier des opérations parcimonieuses dans les tumeurs de mauvaise nature ; les conduits galactophores, les lymphatiques qui émanent de la tumeur sont le siège d'altérations impossibles à reconnaître à l'œil nu, et la règle dans ces cas doit être de pratiquer des ablations complètes de la glande et des ganglions, sous peine de voir se développer une récurrence qui ne serait, à proprement parler, qu'une continuation du mal incomplètement enlevé.

47. Myomes utérins considérables. — Hystérotomie. — Phénomènes d'anurie. — Péritonite. — Mort. — Autopsie. — Kystes du rein : par M. Paul BARNOD.

La tumeur que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une malade opérée par M. le D^r POLAILLON.

Klein (Marie), âgée de 38 ans, a eu le croup dans son enfance et une variole à 34 ans. Trois ans auparavant elle avait présenté deux points douloureux au niveau du fron-

tal et de l'extrémité supérieure de l'humérus droit. A la suite de ces ostéites se produisit un écoulement de pus qui dura trois mois environ, puis il y eut formation de cicatrices adhérentes aux os.

K... est réglée depuis l'âge de 13 ans; elle s'est mariée à 16 ans et n'a jamais eu d'enfants. A 22 ans elle eut une perte de sang assez considérable à la suite de laquelle elle remarqua que son ventre augmentait de volume surtout à la partie inférieure. Depuis lors les hémorrhagies ont continué irrégulièrement plus ou moins longues, plus ou moins abondantes, quelquefois assez considérables, en particulier la dernière qui se produisit, il y a six mois, pour mettre la vie de la malade en danger.

Ensuite, de temps à autre, la malade se plaignait de douleurs vives dans tout l'abdomen, douleurs plus intenses dans la région de l'hypochondre droit. Tous ces phénomènes avaient plusieurs fois engagé la malade à se faire soigner à l'hôpital Cochin et à l'Hôtel-Dieu où elle fut soumise à un traitement reconstituant et aux préparations martiales.

Cependant le ventre avait toujours continué à s'accroître, si bien qu'elle se décidait à entrer de rechef à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le D^r Audhoui qui, frappé de l'énorme développement de la tumeur non moins que de l'extrême faiblesse de la malade, la faisait passer le 12 janvier dans le service de M. Polaillon.

12 janvier. Le facies de la malade est cireux, profondément anémié, les conjonctives pâles et exsangues, les mains diaphanes, les jambes sont maigres, non oedématisées, à peine un peu d'empâtement péri-malléolaire. Le pouls est analogue à celui qui suit les grandes hémorrhagies (70°) soufflé anémique intense au premier temps du cœur et dans les deux jugulaires. La respiration superficielle est courte. L'auscultation du poumon est négative.

L'abdomen contraste par son développement avec l'amai-grissement des autres parties du corps, sa circonférence mesure 1 mètre 65, c'est un ventre de batracien, présentant trois saillies noueuses à la partie supérieure, saillies appréciables à la vue.

A la palpation, on sent la cavité abdominale remplie par une tumeur considérable présentant en haut trois saillies volumineuses, tumeur mate à la percussion, non fluctuante, mobile dans la cavité abdominale, grâce à la communication de liquide ascitique, si bien que la tumeur donne dans certaines de ses parties la sensation d'un véritable ballottement; sur toute son étendue, la paroi abdo-

minale antérieure amincie et comme parcheminée en est parfaitement indépendante. A l'auscultation, bruit de souffle intense coïncidant avec les pulsations radiales du poulx. Le toucher vaginal laisse à peine sentir le col qui est étiré, remonté au-dessus du pubis contre lequel il est aplati. Les culs de-sac n'existent plus. L'examen des urines est négatif au point de vue du sucre et de l'albumine ; notons, d'autre part, que la malade garde bien ses urines et ses matières fécales.

Le diagnostic porté est myomes du corps de l'utérus, de dimensions considérables et tendant à s'accroître rapidement ayant déterminé des hémorrhagies dangereuses pour la vie de la malade, par là même, nécessitant au plus tôt l'intervention chirurgicale qui doit être facilitée par l'ascite et l'absence d'adhérences.

La malade est soumise alors à un traitement réparateur : toniques, ferrugineux, vin de quinquina. L'état général se relève et l'opération est fixée pour le commencement de février. Les urines ont été examinées plusieurs fois pendant cette période de préparation et n'ont jamais présenté ni sucre ni albumine. Après évacuation du tube intestinal (deux purgatifs doux, huile de ricin 30 grammes), à deux jours d'intervalle, on fait une dernière analyse d'urine négative comme les précédentes et l'opération est pratiquée le 7 février 1883.

7 février. Dès le matin, K... est entourée de flanelles, transportée dans une salle spéciale où elle doit rester isolée des autres malades, et l'opération est faite sous le spray, selon les précautions de la méthode antiseptique, par M. le D^r Polaillon, assisté de MM. Pozzi, Kirmisson et Nepveu.

Évacuation préalable de la vessie. Incision de la paroi abdominale antérieure partant du pubis et remontant à l'ombilic, division couche par couche sans écoulement sanguin notable. On arrive sur la tumeur. Celle-ci, trop volumineuse, nécessite un débridement secondaire qui est fait en contournant l'ombilic et remonte à trois centimètres au-dessus de lui. La tumeur est alors repoussée à l'extérieur, et on peut bien se rendre compte de sa forme. Un lobe antérieur, celui qui était appréciable à la palpation, présente en haut les trois noyaux qu'on percevait à travers la paroi abdominale antérieure ; un lobe postérieur plus considérable est séparé du précédent par un profond sillon dans lequel s'engage la masse intestinale.

Une ligature élastique provisoire est alors appliquée par M. le docteur Pozzi, grâce à son ingénieux appareil (cette

ligature sera définitive) et l'opération va pouvoir dès à présent être exécutée à blanc, comme cela se passe lors d'une amputation des membres, selon la méthode d'Es-marck.

Les tumeurs (5 kil. 150) sont enlevées par des sections convergentes, de façon à évider un pédicule en forme de coque, après qu'on a au préalable libéré les adhérences qui existaient, surtout dans la partie gauche du petit bassin et sectionné les ligaments larges entre deux ligatures. Notons aussi, dès à présent, l'aspect singulier, blanc, lardacé que présente le péritoine, recouvrant le grand lobe ou lobe postérieur de la tumeur.

Le pédicule formé présente une hauteur de 10 centimètres environ, il est laissé aussi considérable pour éviter les tractions trop fortes sur la plaie abdominale. Deuxième ligature élastique définitive. Le pédicule est fixé grâce à douze points de sutures à la plaie abdominale, de telle façon que toute la surface de la plaie se trouve communiquer avec l'extérieur. Ainsi tous les produits sécrétés ne pourront s'épancher dans la cavité abdominale.

La plaie abdominale se trouve obturée en grande partie, grâce à cette manière de procéder, l'angle inférieur seul reste libre et donne passage aux extrémités du fil des deux ligatures élastiques. Pansement de Lister. La chloroformation, du reste, très bien supportée par la malade, a duré deux heures. A midi, injection de morphine 0,01 cent. A 4 heures, la malade se plaint de quelques coliques, nouvelle injection de morphine 0,01 cent. T. 37°,4 ; pouls 76 ; R. 22. La malade, sondée, ne rend pas d'urine. Alimentation : champagne frappé, bouillon.

8 février, matin. La malade continue à se plaindre de coliques, nouvelle injection de morphine 0,01 cent. T. 39°,6 ; pouls 108 ; R. 34. La malade est sondée et rend à peine quelques gouttes d'urine non albumineuse. Midi, les coliques persistent, vomiturition, injection de morphine 0,01 c. Quatre heures, vomissements verdâtres, douleurs très vives dans le ventre. T. 38°,4 ; pouls 106 ; R. 22. Injection de morphine 0,01 cent. A peine quelques gouttes d'urine par la sonde. La malade s'affaiblit de plus en plus et succombe à dix heures du soir.

AUTOPSIE. — L'autopsie est faite le 10 février, trente-trois heures après la mort. Distension considérable de tout le tube intestinal.

Thorax. Le poumon droit est réuni aux côtes par des adhérences molles, faciles à rompre. Ces adhérences, qui

se rencontrent sur toute la surface du poumon, sont plus nombreuses en arrière et à la base, et réunissent les lobes entre eux. Rien de semblable à gauche. Les deux poumons présentent de la congestion hypostatique, mais surnagent dans l'eau ; pas de traces de tubercules aux sommets. Le cœur pèse 395 grammes, est hypertrophié, surtout dans sa partie gauche. Aucunes lésions de valvules, qui toutes sont saines et suffisantes.

Abdomen. Le foie (1 kil. 800 gr.) est déformé, ovoïde, recouvert d'un péritoine épaissi blanc-lardacé, analogue à celui qui recouvrirait la partie postérieure de la tumeur utérine ; adhérent au diaphragme, il présente à la coupe les caractères du foie cardiaque. Vésicule biliaire normale, remplie d'une bile jaune d'or. La rate est adhérente au diaphragme, en plusieurs points elle présente à sa surface des plaques laiteuses, vestiges de péritonite ancienne, elle pèse 390 grammes.

Les reins (240-220 gr.) sont blancs, anémiés et kystiques ; celui du côté droit, en particulier, présente à sa surface extérieure de petits kystes lenticulaires et un kyste du volume d'un œuf de pigeon à son extrémité inférieure. A l'examen microscopique, les tubes rénaux paraissent entourés d'une prolifération conjonctive très abondante, c'est un rein chroniquement enflammé et qui tend à devenir chirurgical. L'uretère du côté droit est dilaté, présente 1 centimètre de diamètre et laisse écouler à la coupe une certaine quantité d'urine.

Bassin. Du côté gauche du pédicule on trouve du pus non collecté (environ 60 gr.), pas le moindre épanchement sanguin. La vessie est intacte et ne contient pas d'urine, les uretères dilatés viennent s'y aboucher et ne sont pas compris dans la ligature élastique. Celle-ci comprime encore le pédicule fortement. La plaie d'amputation ne présente pas trace d'hémorrhagie, mais une teinte sale, et suppure dans toute son étendue.

48. Paralysie d'origine syphilitique ; par E. REVELLIER,
interne des hôpitaux.

Le nommé M..., âgé de 33 ans, tailleur, entre le 20 février à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. le D^r LANDRIEU, salle Broussais, lit n° 2). Sans présenter aucun antécédent héréditaire, sa santé, habituellement bonne, ne s'est altérée qu'en 1876, époque à laquelle il eut une pneumonie. Il n'a pas d'habitudes alcooliques, n'est ni rhumatisant, ni albuminurique.

En novembre 1878, il eut un chancre infectant à la verge, bientôt suivi de quelques légers accidents cutanés et muqueux. Peu après, il se maria; sa femme n'a, dit-il, présenté aucun accident spécifique, mais elle eut successivement deux fausses couches de sept mois. En 1880, nous notons deux iritis survenues l'une après l'autre, et soignées à l'hôpital Saint-Louis, par M. Le Dentu. Dès lors apparurent pendant longtemps des céphalées, tenaces et très intenses, des vertiges et autres accidents cérébraux. Le traitement spécifique le guérit. En 1881, le malade fut frappé subitement et sans perte de connaissance, d'hémiplégie gauche incomplète, avec paralysie des muscles de la langue. Le mercure et l'iodure eurent encore raison de ces accidents dans l'espace de huit jours. Dès lors, rien de nouveau à noter jusqu'à ces derniers temps. Alors apparurent de nouveau les céphalées et les vertiges, et cela d'une façon si intense, que le malade était souvent obligé de se tenir aux objets voisins pour éviter une chute.

La maladie actuelle a débuté il y a six jours par des fourmillements dans la main droite, qui se sont étendus ensuite aux autres extrémités; notre malade s'est alors couché, puis endormi; le lendemain, à son réveil, il était paralysé des quatre membres, ne pouvant absolument pas se tenir debout, incapable même de faire aucun mouvement dans son lit. Le traitement spécifique fut alors repris. C'est dans cet état qu'il nous est amené à l'hôpital.

Etat actuel. — *Motilité* : Décubitus dorsal, impotence fonctionnelle absolue. Le côté gauche est complètement immobile, seuls les muscles de l'épaule se contractent encore un peu, mais très imparfaitement. Le côté droit est parésié, le membre inférieur peut se fléchir légèrement, le talon continuant à reposer sur le plan du lit sans pouvoir se soulever. L'avant-bras droit se fléchit aussi dans une très faible mesure. Ces mouvements sont paresseux et lents, mais non pas douloureux. Les mouvements de la respiration sont normaux, la parole est facile, l'intelligence parfaite. Il n'y a aucun trouble du côté des muscles moteurs de l'œil, aucune paralysie faciale, rien du côté des lèvres ni du pharynx, la déglutition se fait bien. Pas de troubles de la miction. Réflexe rotulien aboli.

Sensibilité. Pas de modification des organes des sens. La sensibilité à la douleur est partout conservée. La plante des pieds seule est insensible au chatouillement.

Réaction électrique. Tous les muscles se contractent sous l'influence du courant faradique, le seul que nous ayons à notre disposition. Ce courant, très fort, appliqué à

la plante du pied gauche, n'est pas perçue; il l'est faiblement à droite. Les fonctions digestives se font bien; légère constipation. Pas d'albuminurie, rien au cœur ni aux poumons; apyrexie complète. *Traitement* : 3 gr. d'iodure de potassium, une cuillerée de liqueur de Van Swieten, frictions d'onguent mercuriel.

22 février. La paralysie a fait des progrès. Les quelques mouvements qui, hier, étaient encore possibles, ne le sont plus aujourd'hui. Les muscles respiratoires semblent se fatiguer; le malade inspire difficilement, superficiellement, 28 fois par minute: la respiration se fait par le type costal supérieur; les muscles trapèzes et sterno-mastoïdiens se contractent à chaque inspiration; le diaphragme lui-même est atteint, l'abdomen se déprime pendant l'inspiration. La toux est tout à fait impossible, la parole haletante, entrecoupée. Il n'y a toujours rien à noter au cœur. *Traitement* : 6 gr. d'iodure de potassium, deux cuillerées de Van Swieten, frictions avec 10 gr. d'onguent hydrargyrique. Le soir, nous constatons que l'état s'est encore aggravé. La respiration est de plus en plus difficile et haletante, le faciès est angoissé, la parole très pénible. Il y a des sueurs profuses.

23 février. Il y a eu trois accès de suffocation pendant la nuit. Le matin, à 9 heures: Cyanose, asphyxie et mort. Nous sommes au neuvième jour après le début de la paralysie.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — Les *poumons* sont congestionnés; à leurs deux sommets se trouvent de petits corps jaunâtres, durs, très adhérents au tissu pulmonaire qui les entoure, non diffluent, de la grosseur moyenne d'un pois. — Le *cœur* est petit, revenu sur lui-même, dur, sclérosé et crie sous le couteau. La cavité du ventricule gauche est diminuée de capacité, les parois en paraissent épaissies. Rien au péricarde, pas de lésions valvulaires. — L'*aorte thoracique* présente de petites traînées de taches blanches, d'aspect athéromateux, de très petites dimensions, s'étendant comme des lignes de points d'une artère intercostale à l'autre.

Le *foie* pèse 1,800 grammes. On aperçoit à sa face supérieure des taches jaunes, larges, disposées le long de l'insertion du ligament falciforme et sur ses côtés, où elles sont confluentes. Sur la face inférieure du lobe gauche se trouvent des cicatrices étoilées, très nettes et étendues. A la coupe, on remarque dans l'épaisseur du tissu hépatique, les mêmes taches jaunes qui se voyaient à la surface exté-

rieure, elles sont très dures, se distinguent nettement du tissu normal, occupent presque toute l'épaisseur de l'organe au niveau de la fossette cystique. Les coupes du foie en font découvrir plusieurs autres disséminées, présentant les mêmes caractères, de volume variable et abondantes surtout au niveau des cicatrices mentionnées plus haut. Ce sont des types de gommés syphilitiques du foie. Les reins sont de dimensions et d'aspect normaux; ils se décortiquent facilement; leur coupe est de couleur lie de vin foncée. — La rate a sa consistance habituelle, elle est légèrement augmentée de volume. — Rien de spécial ni à l'intestin ni aux testicules.

Encéphale. La dure-mère est très adhérente à la calotte crânienne. La pie-mère est injectée et très épaissie. Adhérente à la substance cérébrale, elle en arrache de petits fragments qui donnent alors à l'écorce grise un aspect piqueté rouge. Au niveau des deux lobes frontaux se voit une hyperémie très notable des méninges. Au pourtour du cervelet se trouvent deux petits foyers d'hémorragie sous-arachnoïdienne. Les artères cérébrales paraissent absolument saines à l'œil nu; elles sont flexibles, nullement épaissies ni indurées. A la coupe, tout l'encéphale est sain, sa consistance est bonne, sa couleur tout à fait normale. — *Bulbe* : Aucune lésion macroscopique; de même pour la *moelle épinière*. Son segment cervical surtout a été l'objet de l'examen le plus attentif et n'a rien laissé apercevoir de suspect; la consistance en est bonne, la couleur normale.

Les pièces anatomiques ont été remises à M. le D^r Neveu, qui a bien voulu se charger d'en faire l'examen microscopique. Aussitôt qu'il nous en aura communiqué le résultat, nous nous empresserons de le transmettre à la Société anatomique. Quoi qu'il en soit, on peut dès maintenant dire qu'il s'agit ici d'un cas rare et excessivement curieux. Lorsqu'on examine l'histoire clinique du malade, la rapidité de l'évolution de ces accidents, leur intensité, l'étendue de la paralysie, et qu'on rapproche tous ces faits du peu de lésions trouvées à l'autopsie, on ne peut qu'être étonné; car évidemment nous devons nous attendre à trouver quelque modification anatomique considérable du côté de la moelle cervicale. Il n'en a rien été. Il est bon de consigner ce fait, afin de le rapprocher des autres cas analogues qui pourront se présenter dans la suite.

M. BALLET pense qu'il s'agit là d'une myélite spinale syphilitique aiguë, dont les lésions échappent à l'œil nu.

Elles seront sans doute révélées par l'examen histologique.

49. M. SERRÉ montre un cas de sarcome multiple des os. Il existait une tumeur de la clavicule, des tumeurs sur la face interne des côtes, la face interne de la dure-mère. Il n'y avait rien dans le canal vertical et pas de compression apparente des racines nerveuses au moment de leur émergence. Un des sciatiques se trouvait englobé dans une masse sarcomateuse. Pendant la vie on a constaté des phénomènes d'atrophie musculaire progressive.

M. CORNIL fait remarquer combien ce cas présente d'analogie avec celui qu'a récemment communiqué **M. Brissaud**.

M. Albert MATHIEU a observé un fait analogue dans le service de **M. Grand** à Lariboisière. Un homme d'une trentaine d'années avait présenté une espèce de torpeur générale et de l'atrophie musculaire généralisée, type Aran-Duchenne. Jamais rien qui fit penser à l'existence d'une tumeur cancéreuse. Cependant à l'autopsie on trouva une tumeur dure du pylore avec généralisation dans le hile du foie et dans l'épaisseur du mésentère. D'après l'examen histologique, il s'agissait d'une sorte de fibro-myôme.

M. GOMBAULT, qui avait bien voulu se charger de la nécropsie et de l'examen microscopique ne trouva de lésion ni dans la moelle, ni dans les racines, ni dans les troncs nerveux. Il existait seulement de la dégénérescence des muscles caractérisée surtout par une sorte de ratatinement des fibres musculaires. Ce cas est évidemment à ranger à côté de ceux de **MM. Brissaud** et **Ferré**.

M. CORNIL fait observer qu'il y avait là au niveau du pylore une tumeur primitive qui a fait défaut dans les autres observations.

M. JARDET montre un rein granuleux qui présente un kyste volumineux.

50. Observation, goître; par M. BARTH; — Examen histologique; par M. GOMBAULT.

La tumeur est constituée par des parties de structure très différente puisqu'elle comprend, en outre des lobes du

corps thyroïde, des ganglions lymphatiques nombreux, des aponévroses du tissu cellulo-adipeux et même la paroi de la trachée sur une certaine étendue de la hauteur de ce conduit.

Or, quel que soit le point qu'on observe, l'ensemble des lésions constatées a toujours essentiellement le même aspect. Ce qui frappe lorsqu'on examine des coupes histologiques provenant des points les plus variés, c'est l'existence de nappes ou de nodules colorées en jaune par le picrocarmin, alternant avec d'autres nappes ou nodules colorées en rose ou en rouge. Toutefois, ces parties de couleur différente ont tantôt des contours sinueux et se pénètrent réciproquement, tantôt elles sont limitées par des lignes assez régulières. Mais partout la ligne de séparation est nettement tranchée, et le plus souvent on observe entre les deux une sorte de zone limitante, variable d'épaisseur, mais de coloration rouge intense.

Les parties jaunes sont manifestement des parties caséifiées. On y rencontre des blocs réfringents étoilés, des cristaux d'acide gras réunis en amas sombres, les cellules, tassées les unes contre les autres, ont perdu la netteté de leurs contours. Rarement, mais sur certains points cependant, le tissu est craquelé, les aliments constituant absolument confondus, modifications qui indiquent le début de la fonte caséuse. On a vu du reste que certains de ces foyers ramollis étaient ouverts dans la trachée. En dehors de ces quelques points ramollis, la structure des zones caséifiées est reconnaissable et reproduit exactement celle des parties voisines, à cette différence près que, dans ces dernières, les éléments ont conservé la propriété de fixer le carmin. Or, ce qu'on observe dans les parties normalement colorées, ce sont tous les signes d'une inflammation interstitielle subaiguë. Ainsi, par exemple, à la périphérie de la tumeur existe une sorte d'écorce constituée par des pelotons de tissu cellulo-adipeux, séparés par des bandes de tissu conjonctif fibroïde. A ce niveau les amas cellulo-adipeux sont envahis par des cellules rondes très réunies en ilots péri-vasculaires, ou bien formant des traînées et parfois de larges nappes. Dans les bandes fibreuses, les cellules rondes forment des cordons parallèles aux faisceaux de fibres. Au fur et à mesure qu'on s'approche de la partie caséifiée, l'infiltration embryonnaire devient de plus en plus abondante et constitue la zone limitante de coloration rouge signalée plus haut. On doit faire remarquer toutefois que les faisceaux de tissu conjonctif, écartés mais non détruits, traversent cette zone embryonnaire et vont se

continuer, sans interruption jusque dans les parties caséuses où on les retrouve à peine teintées en rose, mais parfaitement reconnaissables. On reconnaît de même dans ces parties caséifiées et les amas de cellules embryonnaires désormais incolores, et certains amas cellulo-adipeux incomplètement transformés par l'infiltration embryonnaire.

Les lésions observées dans les parties profondes sont essentiellement les mêmes, la structure seule des tissus y est différente. On y rencontre des portions du corps thyroïde encore très reconnaissables. A ce niveau, des travées conjonctives assez épaisses et tachetées de petits amas embryonnaires séparent des amas de vésicules arrondies. De ces vésicules, les unes sont remplies de matière colloïde jaune et renfringente, les autres sont occupées en majeure partie par un amas de cellules épithéliales. Sur les limites de ces parties relativement saines, les travées conjonctives deviennent plus épaisses, plus riches en cellules rondes, les vésicules caractéristiques deviennent de plus en plus rares, celles qui demeurent distinctes sont aplaties ou déformées, remplies de petites cellules. Dans un grand nombre d'entre elles s'observent des figures en tout semblables à des cellules géantes. Puis brusquement, la coloration par le carmin cesse et on pénètre dans une masse caséuse.

En résumé, qu'on envisage, soit le centre, soit la périphérie de la tumeur, on retrouve partout une lésion identique, consistant essentiellement dans l'existence d'une néoplasie inflammatoire arrêtée dans son évolution sur des points nombreux par la transformation caséuse.

Cette transformation caséuse se lie suivant toute vraisemblance à une lésion du système vasculaire qui est partout présente et très accusée. Elle consiste dans une artérite oblitérante : grosses et petites artères sont intéressées de la même façon au début. C'est une accumulation de petites cellules rondes qui se fait autour de l'artère dans l'adventice, puis la membrane interne végète, soit uniformément, soit par bourgeons isolés, bien visibles sur certaines artères de calibre ; la membrane moyenne est plus longtemps respectée ; mais, en fin de compte, dans les zones caséuses, toutes les artères apparaissent sur les coupes transversales, comme autant de cylindres pleins, dans lesquels les membranes élastiques dessinent des stries concentriques.

Il est donc très évident qu'il ne s'agit pas ici d'une tumeur, d'un néoplasme malin. Nulle part les éléments caractéristiques d'un cancer, carcinome, épithéliome, sarcome, n'ont été rencontrés, mais bien ceux d'une néoplasie inflamma-

toire infiltrée dans le tissu préexistant, mais ne le détruisant pas par compression. Du reste, l'examen de ganglions de petit volume est l'examen de la paroi de la trachée au-dessous des fistules mentionnées dans l'observation, c'est-à-dire dans des points où la lésion doit être à son début pure de toute modification, cet examen n'a donné que des résultats absolument négatifs à cet égard. Dans les ganglions on n'observe que les lésions de l'adénite subaiguë, dans la trachée un épaississement scléreux de tout le derme muqueux; une infiltration embryonnaire de la plupart des glandules; de distance en distance des nodules ou des nappes de tissu caséifié.

Il est plus malaisé de déterminer la nature de cette inflammation subaiguë, régionale en quelque sorte et envahissant toute la partie antérieure du cou. Il est difficile de s'arrêter à l'idée d'une thyroïdite simple, primitive, en raison de l'extension du mal en dehors des limites de la glande, en raison surtout de la transformation caséuse des produits inflammatoires. On se trouve conduit par élimination en quelque sorte à incriminer l'une des deux diathèses qui donnent le plus habituellement naissance aux inflammations caséuses, à savoir la tuberculose et la syphilis. Infiltration embryonnaire, artérite oblitérante, caséification, présence de cellules géantes, sont des traits communs aux produits de la syphilis et de la tuberculose. Ici comme dans beaucoup de cas de ce genre les éléments d'un jugement définitif, si ce jugement est possible, doivent être cherchés en dehors de la lésion elle-même dans les renseignements fournis par le reste de l'observation sur l'étiologie, l'évolution clinique, les lésions concomitantes. On doit se borner, en terminant, à faire ressortir quelques particularités d'ordre anatomique plus favorable à l'une des deux hypothèses qu'à l'autre. C'est, d'une part, l'absence non pas seulement de granulations véritables, il n'en existe trace dans aucune des préparations, mais même de formation nodulaires. L'infiltration embryonnaire est partout plutôt diffuse. Il existe des cellules géantes mais il n'en existe que dans les follicules du corps thyroïde, et nulle part ces cellules ne constituent le centre d'un amas embryonnaire. C'est, d'autre part, le fait que malgré des essais nombreux employant des liquides préalablement essayés, et cela sur des préparations prises dans des points très différents, il a été impossible de colorer par la méthode d'Erhlich un seul bacille de Koch.

M. BARTH donne des détails cliniques sur la malade en

question. Elle n'avait pas eu de chancre ni de plaques muqueuses, mais de la kératite interstitielle dans l'enfance et des périostoses tibiales. On pouvait penser à la syphilis héréditaire à manifestations tardives, d'autant mieux qu'elle ne présentait pas de tuberculose pulmonaire.

M. CORNIL dit que le débat doit évidemment se circonscrire entre la syphilis et la tuberculose du corps thyroïde ; les probabilités cliniques sont en faveur de la syphilis.

51. M. CH. LEJARD fait voir un poumon tuberculeux à la surface duquel se trouvent de petites bulles emphysémateuses à demi remplies de pus et prêtes à se rompre. Elles ressemblent aux vacuoles que l'on trouve à la surface de la plèvre dans la bronchopneumonie des enfants. Leur rupture eût évidemment déterminé la production d'un pneumothorax.

52. M. CHANTEMESSE montre un cas d'ulcère de l'estomac avec induration blanchâtre de la muqueuse qui pourrait faire croire à l'existence d'un cancer. Au niveau d'une perte de substance de l'estomac une couche semblable tapisse le foie : elle paraît absolument fibreuse et dépourvue de tout suc cancéreux.

Le Secrétaire,

MATHIEU.

MARS.

Séance du 7 mars 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

1. Abscès du cerveau dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, mort, autopsie; par M. Eugène DESCHAMPS, interne des hôpitaux.

Le nommé René Simon, âgé de 19 ans, valet de chambre, entre, le 4 décembre 1883 (service de M. Proust), à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles, lit n° 10, pour une fièvre typhoïde à forme commune. La température qui a atteint 40°,5 est redevenue normale le 16 décembre.

Le 31 décembre, le malade fait une rechute et le soir la température est de 39,8 pour atteindre 40,3 le 5 janvier. Au mois de février, malgré la température élevée du soir qui monte parfois jusqu'à 40 degrés pour retomber à 37 le matin, et malgré la persistance de la diarrhée, on alimente le malade. Au bout de 4 ou 5 jours la température redevient normale.

Le 14 février, le malade se plaint d'un point de côté à gauche et de quelques douleurs dans l'épaule du même côté. Le 16, on constate une pleurésie avec épanchement.

Depuis cette époque, bien que le liquide n'ait pas atteint de grandes proportions, le malade va en s'affaiblissant chaque jour, il tousse beaucoup, il y a des signes de tuberculisation au sommet gauche, la maigreur est extrême, et l'on s'attend à une issue fatale prochaine, lorsque le 28 février à la visite du soir le malade se plaint de vives douleurs dans l'oreillette droite et la moitié droite de la face, avec difficulté de la déglutition. On constate une névralgie faciale droite avec points sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier. L'examen de la gorge ne fait rien découvrir d'anormal.

Le 19 février, le 1^{er} mars et le 2 mars on prescrit 75 cen-

tigrammes de bromhydrate de quinine, qu'on remplace, le 3, par une injection hypodermique au-devant de l'oreille de un centigramme de chlorhydrate de morphine. La température qui était redescendue à 37 degrés le 27 février, remonte le 1^{er} mars à 39°,3.

Le 2, le matin, T. 37,2. Le malade se plaint de ne pouvoir saisir les objets avec la main droite, il y a un affaiblissement musculaire considérable de ce côté, sans que pourtant il y ait paralysie complète; pas de troubles de la sensibilité. Rien du côté du bras gauche. Un peu de raideur de la nuque. La névralgie faciale persiste, le malade a des vomissements bilieux déjà depuis quelques jours. Le soir T. 39°,6.

Le 3 mars, même état. T. 38 le matin, 40 le soir.

Le 4 le matin. T. 38; mais le malade est plus fatigué, il semble toujours souffrir beaucoup. Le soir, T. 40. Mort à 10 heures.

AUTOPSIE le 6 mars. — Pleurésie séreuse du côté gauche avec fausses membranes très épaisses au-dessus du diaphragme. Petites cavernules au sommet du poumon gauche. Rien au cœur. Foie, rein, rate congestionnés. Rien à l'intestin, si ce n'est au niveau des plaques de Peyer qui sont un peu épaissies, mais cicatrisées.

A l'ouverture de la boîte crânienne, on voit un peu de pus sur les méninges du côté droit dans un point assez limité, mais il est facile de voir qu'il n'y a pas de méningite et que le pus provient de parties plus profondes, dans la pulpe cérébrale.

Il y a un abcès du cerveau du côté droit, au niveau de la partie postérieure de la 1^{re} circonvolution temporale. Cet abcès qui ne communique à l'extérieur que par une petite ouverture irrégulière, peut-être due à une déchirure de la pulpe cérébrale à ce niveau pendant l'ouverture du crâne, présente la grosseur d'une noix, il est superficiel et s'étend beaucoup plus en largeur surtout en avant qu'en profondeur. Il ne communique avec aucun des ventricules. Il ne présente d'ailleurs rien de particulier ni comme contenu, ni comme parois.

L'hémisphère cérébral gauche ne présente aucune lésion apparente ni à la surface des circonvolutions, ni à la coupe. Il n'existe aucune lésion, ni du rocher, ni de l'oreille, du côté droit, dont se plaignait le malade.

2, Sur un pied creux talus; par A. BROCA, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Les pièces que je viens présenter ont été recueillies à l'Ecole pratique d'anatomie, dans le pavillon de M. Jarjavay, prosecteur. C'est dire, par conséquent, que tout commémoratif manque. J'ai seulement pu savoir que l'homme dont elles proviennent était âgé de 41 ans.

Nous avons été immédiatement frappés par l'attitude du pied droit. Il était un peu fléchi sur la jambe et les tentatives d'extension ne pouvaient pas leur faire atteindre tout à fait l'angle droit. Dans ce mouvement les tendons du jambier antérieur et des extenseurs des orteils se tendaient et ils faisaient sous la peau une forte saillie, accusée surtout pour le jambier antérieur.

Un examen plus attentif du pied faisait voir ensuite que l'extrémité postérieure du calcaneum était très fortement abaissée. La saillie du talon en arrière était à peu près réduite à néant et on sentait le calcaneum constituant une sorte de pilon vertical dont l'axe prolongeait sensiblement celui du squelette de la jambe. — Sous lui, la peau était épaisse, calleuse et sous le talon antérieur on constatait également l'existence d'un durillon bien plus marqué du côté opposé. C'est que l'avant-pied était notablement abaissé, et entre les deux saillies antérieure et postérieure que je viens de décrire, la voûte plantaire était exagérée; la concavité portait sur les deux bords du pied et principalement sur le bord interne; tout redressement était impossible; il y avait un léger degré de varus. Le pied, enfin, était plus court que celui du côté gauche. Les chiffres suivants expriment toutes ces différences :

Distance de la pointe de la malléole interne au plan de sustentation : à droite, 9 cent. ; à gauche, 7 cent.

Longueur du bord interne du pied : à droite 22 1/2 c. ; à gauche, 26 1/2 cent.

Flèche de la concavité du bord interne au-dessus du plan de sustentation : à droite, 6 cent. ; à gauche, 4 cent.

La palpation de la jambe montrait que les muscles du mollet gauche étaient mous, flasques, atrophiés, et la mensuration a donné les résultats suivants :

Longueur totale du membre inférieur : à droite, 96 c. ; à gauche, 98 c.

Le raccourcissement, nul sur la cuisse, porte exclusivement sur la jambe, et, du tubercule du grand adducteur à l'extrémité de la malléole interne les chiffres sont : à

droite, 45 c. à gauche, 47 cent. Enfin, la *circonférence du mollet*, à l'union du $\frac{1}{4}$ supérieur de la jambe avec les $\frac{3}{4}$ inférieurs est : à droite, 23 cent., à gauche 26 $\frac{1}{2}$.

Après cet examen, que l'on peut appeler clinique, quoique pratiqué sur le cadavre, j'ai procédé à la dissection de la pièce et j'ai trouvé des lésions musculaires évidentes. Le triceps sural droit, dans ses trois portions est réduit à une masse rosée, sans consistance, parsemée de tractus blancs et jaunes ; les trois corps charnus des jumeaux et du solitaire sont aplatis, l'examen microscopique suffit pour démontrer que les fibres musculaires ont complètement disparu. Mais cette masse musculaire n'est pas la seule dégénérée. Les trois muscles de la couche profonde de la région postérieure sont atteints, à un degré beaucoup moindre, il est vrai, et dans chacun d'eux on trouve une quantité appréciable de faisceaux musculaires devenus gras, formant au milieu des fibres saines des trainées jaunes, parallèles à ces fibres. Le nombre relatif des faisceaux altérés est maximum dans le jambier postérieur, minimum dans le fléchisseur commun des orteils. Enfin, contrairement à ce que l'on aurait pu conclure *a priori* de l'abaissement de l'avant-pied ; le long péronier latéral est fortement lésé, surtout dans ses faisceaux inféro-internes, le muscle court péronier latéral est sain ainsi que le jambier antérieur, l'extenseur commun des orteils et l'extenseur propre du gros orteil. Aucune altération n'existe également dans les muscles de la plante des pieds. Aucun de ces muscles n'est rétracté, devenu fibreux et après leur section complète la difformité persiste.

La concavité du pied est, en effet, maintenue par la rétraction des tissus fibreux plantaires. L'aponévrose plantaire, d'abord respectée, s'étend dès qu'on cherche à effacer la concavité de la voûte. Après l'avoir coupée, j'ai pu obtenir un certain degré de redressement. J'ai constaté alors que tous les ligaments de la plante du pied étaient raccourcis, rétractés ; cela était surtout manifeste pour le ligament calcanéo-cuboidien inférieur. La section de tous ces trousseaux fibreux m'a enfin permis d'opérer le redressement. Je n'ai toutefois pas pu l'obtenir complet et la cause en est dans les déformations osseuses qui me restent à décrire. Elles portent sur l'astragale et surtout sur le calcaneum, qui ont été enlevés avec soin et examinés comparativement des deux côtés.

Le calcaneum est très raccourci dans son ensemble. Sa longueur, au niveau de l'axe maximum, est de 0,70 à droite ; 0,80 à gauche. La face inférieure, très élargie, excavée, ne

peut pas, à vrai dire, être retrouvée, car elle se confond avec la face interne. La tubérosité inféro-interne est déviée en avant et en dedans. Le calcanéum mis horizontalement sur une table repose en équilibre sur son bord inféro-externe : la tubérosité interne n'appuie pas. Ce bord inféro-externe est saillant, un peu concave et s'étend de la tubérosité externe à l'extrémité inférieure de la facette cuboïdienne. La face externe, légèrement oblique en bas et en dedans, surtout à sa partie postérieure présente entre les gouttières des deux péroniers un tubercule fortement accentué et notablement abaissé; ces gouttières sont presque verticales. La hauteur de cette face est accrue dans la partie postérieure, surtout au niveau du bord postérieur de la facette astragalienne externe; au contraire, elle est diminuée en avant, au niveau de la grande apophyse du calcanéum. La face supérieure, formant un plan oblique en bas et en dedans, se continue insensiblement avec la face interne. On a ainsi en dedans un canal calcanéen très excavé, limité en arrière par la tubérosité interne déviée, comme il a été déjà dit; en avant par la petite apophyse, qui est au contraire élevée. La facette astragalienne interne est donc élevée par son extrémité postérieure; il en est de même pour la facette externe. Ces deux facettes ont une direction presque verticale et au-dessous d'elles on constate que l'excavation astragalo-calcanéenne est accrue. Cela résultait d'ailleurs de ce que j'ai dit précédemment, puisque la face externe est surélevée en arrière de la facette astragalienne postérieure et au contraire moins haute en avant. La facette cuboïdienne est diminuée dans ses trois dimensions et surtout dans son axe vertical. Sa direction n'est pas changée. Enfin la face postérieure est profondément modifiée, Elle est comme refoulée en avant de sa partie postérieure. Au-dessus de l'insertion du tendon d'Achille, et là on a un plan oblique en bas, en arrière et en dedans. La partie inférieure est déviée en bas et en dedans. Il semble donc, en résumé, que le calcanéum ait subi une torsion autour de son axe antéro-postérieur; la moitié rétro-astragalienne a tourné de façon que la face interne devienne un peu supérieure; quant à la moitié sous-astragalienne son bord interne est relevé et porté en avant.

Il est intéressant de noter que le tissu de ce calcanéum est très raréfié. En arrière de la facette astragalienne (après l'ébullition dans une solution de carbonate de soude), on voit une véritable bulle.

La difformité de l'astragale est moindre. Son col est plus creusé, la tête, déjetée en dedans, a une face articulaire

qui regarde notablement en bas. La perpendiculaire à l'axe du col fait avec l'horizon un angle de moins de 45°. En outre, la tête est diminuée par toutes ses dimensions, et surtout dans un diamètre vertical qui est de 0,029 à droite et 0,023 à gauche. L'astragale étant mis en place sur ses facettes calcanéennes, sa face supérieure regarde manifestement en bas et en dehors.

L'interprétation qu'il convient de donner aux lésions précédemment exposées semble assez claire. Il s'agit bien évidemment d'un pied-bot consécutif à une paralysie infantile. Sans doute, les commémoratifs font défaut. L'examen histologique de la moelle n'a pas été pratiqué. Mais cet examen n'eût guère été démonstratif : comment rechercher une lésion restreinte à quelques groupes cellulaires, et cela dans une moelle altérée par la décomposition cadavérique et par l'injection conservatrice ? La nature des lésions musculaires, leur dissémination, leur distribution irrégulière sont autant de faits qui ne permettent de croire qu'à la paralysie infantile. Dès lors, la pathogénie est simple : les muscles sains, par leur tonicité, ont causé la déformation que nous constatons aujourd'hui. Peut-être aussi la marche entre-t-elle pour quelque chose dans la production du pied creux. Les auteurs varient sur l'importance relative que l'on doit attribuer à ces deux causes dans la déformation du calcaneum. On trouvera cette discussion dans la thèse de Schwartz (1). En tout cas, à la période actuelle, la permanence de la difformité est due aux lésions ostéo-fibreuses, survenues ultérieurement. Ici, les déviations osseuses sont fort complexes. Il ne peut guère en être autrement. L'irrégularité avec laquelle la paralysie infantile a frappé les divers muscles de la jambe se retrouve dans la déformation produite par les antagonistes restés sains. Vu l'essence même de la maladie causale, le pied-bot par paralysie infantile, revêtira les aspects les plus divers. Géraudès (2) insiste avec raison sur ce fait. Mais il a tort de penser que dans ces formes si variées on ne peut distinguer des types. « Ainsi, dit-il, le talus pathologique est quelquefois extrêmement creux. Or, sur une disposition aussi variable, serait-on en droit d'établir une variété ? Je ne le crois pas. » Dans l'espèce, il semble au contraire que le talus pied creux

(1) Schwartz. — *Des espèces de pied bot et de leur traitement*. Thèse agr. 1882. P. le pied bot talus, V. p. 32, 48, 118.

(2) Géraudès. — *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, rec. par Bourneville et Bourgeois ; 1869, p. 80.

mérite une place à part dans la description du pied-bot accidentel.

La paralysie infantile est d'ailleurs ordinairement considérée comme la cause à peu près univoque du talus pied creux. Cependant, j'ai pu observer cette année, dans le service de M. Lannelongue, une enfant chez laquelle cette étiologie reste douteuse. Voici un résumé de son observation qui m'a été remise par mon collègue et ami Hartmann.

OBSERVATION. — Jeanne Prévost, 10 ans 1/2. — Au dire de la mère, le pied gauche a toujours été dévié. L'enfant n'a jamais marché convenablement. Le pied est creux, en talus. Il fait avec la jambe un angle de 50 c. environ. La plante regarde un peu en dehors. Le tendon du court péronier latéral est luxé en dehors de la malléole externe et ne peut être ramené à sa position normale. Le membre gauche dans son entier est atrophié; il est de 3 c. 1/2 plus court que celui du côté opposé, et cette différence de longueur se répartit également entre la cuisse et la jambe. La circonférence du membre, elle aussi, est moindre qu'à droite, tant au niveau de la cuisse qu'au niveau du mollet. Aucune autre difformité sur le reste du corps.

Sans doute, le renseignement donné par la mère est loin d'avoir une valeur absolue, et l'atrophie musculaire considérable est plutôt contraire à l'hypothèse d'un pied bot congénital. Mais la luxation du tendon du court péronier latéral est un argument sérieux en faveur de cette opinion. Le même phénomène se rencontre dans une observation de Nicoladoni (cité par Schwartz), où la plante du pied était toutefois plate.

Séance du 14 mars 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

3. Rapport sur la candidature de M. Broca, au titre de membre-adjoint de la Société ; par M. RECLUS, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté.

Parmi les communications que M. Broca a faites à la *Société anatomique*, il en est une surtout que nous désirons vous signaler. Au mois d'août 1883, il vous présentait des pièces provenant d'une femme morte dans le service de M. Empis, à la suite d'une affection qui nous a paru particulièrement intéressante. A son entrée, la malade semblait atteinte de rhumatisme articulaire aigu. La fièvre, les douleurs, les sueurs abondantes, le souffle cardiaque au premier temps et à la pointe conduisaient à ce diagnostic. Mais bientôt les accidents s'aggravèrent, la malade ne tarda pas à succomber et l'autopsie montra des collections, ou plutôt des infiltrations purulentes au niveau des régions qui avaient été, pendant la vie, le siège de manifestations douloureuses ; le cœur ne présentait aucune des lésions de l'endocardite ulcéreuse.

Après avoir rapidement discuté les diverses hypothèses capables d'expliquer cette maladie, M. Broca a conclu, avec raison, croyons-nous, qu'il avait observé un cas de cette affection rare décrite par M. Bouchard sous le nom de pseudo-rhumatisme infectieux.

Cette question des suppurations multiples spontanées est depuis longtemps discutée, et par les médecins, et par les chirurgiens. Elle a donné lieu aux interprétations les plus diverses, et le principal mérite du travail sur lequel nous attirons votre attention consiste précisément à avoir rassemblé une série de faits de ce genre, étiquetés sous les rubriques les plus diverses. Il nous semble légitime, en effet, de mettre en relief les liens de parenté qui unissent les diverses observations où l'on a constaté l'existence de suppurations multiples, qu'elles aient leur siège dans le tissu cellulaire, les muscles, les cavités articulaires, ou dans le système

osseux. Le point important est l'existence d'une maladie infectieuse qui domine les manifestations locales certainement variables d'un cas à l'autre, mais qui conservent toujours un certain air de famille.

La pathologie générale n'a certainement pas dit son dernier mot sur les états infectieux qui nous occupent en ce moment; mais, quoi qu'il en soit de la question de doctrine, le mémoire consciencieux de M. Broca justifie, selon nous, sa candidature.

4. Cancer de l'ombilic; par R. LARGEAU, interne des hôpitaux.

Alphonse T..., âgé de 44 ans, charretier, entre le 5 février 1884, salle Blandin, n° 21, à l'hôpital St-Antoine (service de M. PERRIER).

Dans ses antécédents on note : une pneumonie qui a duré trois semaines — à 38 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé qui l'a empêché de travailler pendant quatre mois. — Il n'est ni scrofuleux, ni syphilitique. Il y a trois mois, il a été pris de coliques et de vomissements. Il s'est aperçu en même temps d'une petite tumeur du volume d'un pois siégeant à l'ombilic. Avant cette époque, sa santé était assez bonne. L'appétit était seulement un peu diminué. Mais, depuis ce moment, il se met à vomir tous les jours régulièrement. — Le plus souvent il vomit un quart d'heure après chaque repas. — Quelquefois il vomit la nuit, quelquefois le matin à jeun. Les vomissements sont tantôt alimentaires, tantôt aqueux — une fois ils ont été noirâtres. Ils cessent huit jours avant son entrée à l'hôpital.

Etat à l'entrée. — La peau de la face est de couleur ocreuse — le corps est amaigri — la peau chaude et sèche. A l'ombilic siège une tumeur qui présente les caractères suivants : d'un diamètre de cinq centimètres, elle a la forme d'un anneau dur qui circonscrirait la cicatrice ombilicale. Celle-ci est remplacée par une ulcération à bords irréguliers allongée transversalement et recouverte d'une pseudo-membrane pultacée peu adhérente. La partie ulcérée est circonscrite par une zone rouge peu étendue. La tumeur est peu saillante. Elle paraît plonger profondément à travers les couches de la paroi abdominale. Elle est mobile sur les organes intra-abdominaux auxquels elle ne paraît pas adhérer. La palpation ne fait reconnaître de noyaux indurés en aucun point de l'abdomen. Cependant, au niveau de la région épigastrique, il y a de la résistance aux doigts ; la

paroi abdominale est moins souple et la percussion y révèle une zone de submatité descendant jusqu'à quelques cent. au-dessus de l'ombilic. Le foie ne paraît pas augmenté de volume. L'estomac est dilaté : la sonorité à la percussion descend jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic. Les aliments séjournent dans l'estomac et donnent un bruit de glouglou à la succussion de l'estomac.

Il n'y a pas de liquide dans le péritoine. Le ventre est tendu, mais sonore. On perçoit quelques râles fins, et de la submatité à la base du poumon droit. Les troubles fonctionnels consistent en douleurs et en vomissements. Les douleurs ont le caractère de coliques survenant plusieurs fois par jour sans régularité. Au niveau de l'ombilic il y a plutôt des démangeaisons que de véritables douleurs. Les vomissements reparaissent quelques jours après son entrée à l'hôpital pour ne plus cesser.

29 février. Il ne peut plus rien prendre ; les aliments ingérés sont rejetés un quart d'heure après l'ingestion — la faiblesse et l'amaigrissement sont extrêmes — mais la tumeur ombilicale fait peu de progrès. Ses jambes enflent. Il meurt le 7 mars des progrès de la cachexie.

NECROPSIE. — L'ombilic est occupé par le cancer. Sa face antérieure a les caractères que nous avons décrits. Sur une coupe transversale on le voit plonger jusqu'au péritoine. Il fait de ce côté de la paroi une sorte de bouton saillant adhérent au péritoine, de manière que la tumeur dans son ensemble représente une sorte de bouton de chemise. — Entre les deux plateaux, il y a une ligne celluleuse qui semble les séparer. Sur le péritoine de la paroi abdominale on trouve des noyaux cancéreux multiples plus ou moins volumineux. — La tumeur ombilicale ne se continue avec aucun d'eux et n'est adhérente à aucun organe. Tous les ganglions du mésentère sont pris. Sur le bord adhérent de l'intestin grêle on trouve de nombreux noyaux cancéreux. — Il y en a plusieurs au niveau du hile de la rate, des reins, du foie.

A l'intérieur de ce dernier organe on en trouve trois ; cinq ou six siégeant à sa surface. — Le lobe gauche adhère par sa face inférieure à une masse cancéreuse volumineuse qui enveloppe le pylore. — La vésicule biliaire est vide ; le canal cystique est oblitéré par un noyau cancéreux et le canal hépatique se continue directement avec le canal cholédoque pour verser la bile dans le duodenum. L'estomac est très dilaté. Sa muqueuse est pâle. Le pylore est enveloppé d'un large anneau cancéreux très dur, ulcéré à sa partie supérieure. Ces lésions paraissent avoir été les plus

anciennes. L'ombilic a été envahi secondairement. La zone résistante qu'on sentait à la palpation était le lobe gauche du foie appliqué sur la masse indurée pylorique. En dehors de l'abdomen il n'y a pas de noyaux cancéreux. Le cerveau est sain. Le cœur l'est aussi ; mais il est très contracté, très petit. Le poumon droit présente à sa base de la congestion pulmonaire. Les reins, la rate, l'intestin, sont remarquablement petits et anémiés. — Le malade est mort d'inanition. — *En résumé nous remarquons* : 1° Un cancer pylorique ayant produit rapidement un néoplasme secondaire de l'ombilic. La propagation s'est faite vraisemblablement par les lymphatiques du ligament suspenseur du foie ;

2° Au moment de l'entrée, le malade demandait une opération que firent rejeter l'existence des vomissements et la sensation de résistance à l'épigastre dont nous avons parlé ;

3° L'étude des cas analogues publiés nous fait conclure que quand il y a cancer de l'ombilic, il y a presque toujours, soit une péritonite cancéreuse, soit un cancer d'un des organes de l'abdomen. Le cancer primitif de l'ombilic est très rare.

5. Rapport sur la candidature de M. Duflocq au titre de membre-adjoint de la Société ; par M. le D^r CHAUFFARD.

Parmi les communications faites par M. Duflocq à la Société anatomique, nous en signalerons surtout deux.

La première concerne un cas de rétrécissement sous-aortique primitif. Le malade, un an avant sa mort, avait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu. A son entrée à Necker, dans le service du professeur Potain, 6 mois après cette attaque, on constata deux souffles systoliques, l'un à la pointe, l'autre à la base du cœur. Le souffle de la base était exactement systolique, rude à l'oreille, remplissant tout le petit silence.

Après cinq mois de séjour à l'hôpital, ce malade eut une poussée de purpura ; à cette époque, on entendit, s'ajoutant aux deux souffles systoliques, un nouveau souffle diastolique, faible à la base. Le malade mourut à la fin de juin dernier par suite des progrès de l'œdème et de l'albuminurie.

Le cœur offrait les particularités suivantes : hypertrophie du ventricule gauche, dont les parois ont 2 centimètres ; dilatation de cette cavité. Valvule mitrale absolument saine, sauf un très léger épaississement du bord libre. L'insuffisance était purement fonctionnelle et tenait

à la dilatation de la cavité ventriculaire ; en effet, si l'on relève la pointe du cœur, la valvule suffit.

Donc, insuffisance analogue à certaines insuffisances tricuspidiennes sur lesquelles M. le professeur Potain a précédemment appelé l'attention.

L'aorte présente deux ordres de lésions.

Et d'abord l'insuffisance aortique constatée par l'épreuve de l'eau. Sur le bord libre des valvules sygmoïdes se trouvent des végétations inégales, bosselées, quelques-unes même déjà calcaires, qui rendent compte du souffle diastolique constaté pendant la vie. Quant au rétrécissement, en examinant de près, on voit que le bord des valvules n'est pas rétracté, qu'il n'y a pas cette adhérence des bords que l'on est habitué à retrouver, dans les cas classiques, de telle sorte que le rétrécissement n'existerait pas, s'il n'y avait autre chose, c'est-à-dire une bride située à un demi-centimètre au-dessous des sygmoïdes, bride fibreuse, dure, résistante, faisant deux millimètres de saillie, et se portant en dedans vers la mitrale.

Cette bride rétrécit l'orifice sous-aortique de façon que le doigt n'y pénètre pas. Cette observation présente un double intérêt ; d'abord elle est rare, puisque depuis les cas de MM. Vulpian et Liouville on n'en compte que trois autres ayant fait l'objet de présentations à la Société. De plus, MM. Vulpian et Liouville ont admis que le rétrécissement sous-aortique était toujours consécutif à une lésion mitrale. Cette pièce montre que le rétrécissement peut être primitif, puisque la lésion mitrale consiste en un épaississement très limité et à peine marqué, qui n'a pu être en aucune façon l'origine de cette bride ancienne, dure, fibreuse et résistante qui existait dans la région sous-aortique.

La deuxième observation a trait à un homme qui était entré au même hôpital dans un état général grave, en proie à une dyspnée extrême et présentant un œdème considérable des membres inférieurs.

A l'examen clinique, on constate une double lésion aortique ayant entraîné l'hypertrophie et la dilatation du cœur gauche. L'aorte déborde le sternum de six centimètres. On ne perçoit qu'à peine le pouls dans la radiale gauche, pouls d'ailleurs à peu près nul à droite. Il y a trois ans qu'à la suite de sensations de fourmillements et d'engourdissements on ne sent plus le pouls de la main droite. Il y a quinze jours que les mêmes phénomènes sont survenus à gauche. Enfin le doigt, pressant la carotide droite, sent un frémissement rude et circonscrit, par contre, le

pouls bat fort dans les crurales ; on y perçoit le double souffle tenant à l'insuffisance aortique.

Le diagnostic fut : dilatation athéromateuse de la crosse aortique, rétrécissement du tronc brachio-céphalique droit et de la sous-clavière gauche.

L'autopsie vint confirmer ce diagnostic. La dilatation de la crosse mesure, au sommet, quinze centimètres de circonférence. L'intérêt de cette présentation consistait dans l'extrême rétrécissement des artères partant de la crosse.

L'orifice de la sous-clavière gauche mesure un demi-centimètre. Celui de la carotide gauche admet juste un stylet de trousse.

Le tronc brachio-céphalique présente un orifice d'un centimètre de diamètre. Au-dessus de son origine, il offre une dilatation où la carotide droite s'ouvre par un orifice admettant une sonde cannelée : celui de la sous-clavière n'admet qu'à grand'peine une allumette. Ce vaisseau, après une dilatation faisant suite à sa naissance, présente un nouveau rétrécissement aussi serré que le premier.

De plus, il n'existe de plaques calcaires que sur la crosse aortique et au niveau de l'embouchure des vaisseaux qui sont sains dans le reste de leur trajet. Nulle part, pas plus au cerveau que dans les viscères, il n'y a d'athérome ; l'examen microscopique a été fait.

En résumé, dilatation de la première partie de l'aorte, localisation de l'athérome à ce niveau, extrême rétrécissement, à leur origine, des branches de la crosse aortique, symptomatologie un peu spéciale, tels sont les points importants de cette présentation.

6. Rapport sur la candidature de M. Ayrolles au titre de membre adjoint ; par M. Hippolyte MARTIN.

Parmi les diverses présentations faites par M. Ayrolles, nous rappellerons une observation de tumeur tuberculeuse de l'encéphale, recueillie à l'hôpital des Enfants-Malades. Une observation d'anévrysme de l'aorte avec pneumonie suppurée dans tout le poumon gauche, ayant donné lieu à diverses interprétations cliniques et ayant simulé une pleurésie. Une observation de cancer de l'œsophage avec communication de ce conduit et du poumon droit et rejet des aliments, lait pour expectoration. Nous insisterons plus particulièrement sur une présentation récente qui nous paraît particulièrement intéressante au point de vue clinique et thérapeutique. Il s'agit d'une oblitération calculeuse des deux urètres ayant déterminé une anurie pro-

longée et amené la mort par urémie, après une assez longue période de tolérance. Le malade entrait le 15 février dans le service de M. le docteur Millard, à l'hôpital Beaujon, pour une anémie qui durait déjà depuis cinq jours. Il était venu à pied à la consultation et sauf un aspect légèrement grippé de la face il ne présentait rien de particulier qui pût faire soupçonner un état aussi grave. C'était un homme de cinquante-quatre ans, menuisier, d'apparence robuste et habituellement bien portant. Il accusait comme antécédents des excès alcooliques, qui ne s'étaient pas reproduits depuis deux ans, époque à laquelle il fut soumis à un régime assez sévère, pour des accidents de lithiase rénale. En effet, le malade nous présente un calcul rendu il y a quelques mois et nous dit en avoir rendu assez souvent de semblables, tous les mois, environ depuis deux ans. Il a déjà été traité, il y a six mois, à la salle Beaujon, pour une attaque de goutte. Jamais il n'a éprouvé de rétention aussi prolongée. Les premiers jours se passent bien et sauf une sensation de pesanteur dans le ventre et un peu d'oppression, on ne remarque rien d'anormal. Pas de diarrhée ni de vomissement, pas de tumeur abdominale appréciable par la palpation. On arrive ainsi au dixième jour, où l'oppression devient plus marquée, un peu d'œdème pulmonaire apparaît et augmente les jours suivants. Le douzième jour le malade tombe dans le coma, qui se prolonge jusqu'à la mort, survenue le seizième jour; malgré une diurèse assez abondante qui s'était produite la veille. Pendant ces dernières vingt-quatre heures, le malade a rendu 350 à 400 grammes d'urine.

A l'AUTOPSIE on trouve une double oblitération des uretères avec inflammation de la muqueuse de ces conduits et destruction de la tunique musculaire dans les points oblitérés. Les reins sont peu altérés et montrent des lésions de néphrite diffuse avec aplatissement et atrophie cellulaire. L'examen histologique a été fait au laboratoire de M. le professeur Cornil.

Comme on le voit, cette observation montre la longue durée (12 jours) que peut atteindre l'anurie, sans entraîner des conséquences graves en apparence. Nous disons, en apparence, car il faut se garder d'un pronostic trop favorable, en présence de la rapidité des phénomènes urémiques terminaux qui peuvent enlever le malade en deux ou trois jours si l'anurie persiste.

Au point de vue thérapeutique on avait donné des purgatifs qui n'ont pas suppléé longtemps la fonction uri-

naire. Une saignée n'a pas interrompu le coma. On avait donné du seigle ergoté pour essayer de faire expulser le calcul en agissant sur les fibres musculaires.

Au contraire, l'examen histologique a prouvé que ce résultat ne pouvait être atteint, l'inflammation ayant détruit les fibres musculaires au niveau des points oblitérés. Assimilant ce fait à l'occlusion intestinale et le diagnostic étant bien établi, on s'est demandé s'il n'était pas permis de tenter une opération qui, ouvrant l'uretère au-dessus du point oblitéré, rétablir le cours de l'urine. L'autopsie a montré qu'on pouvait espérer un bon résultat, mais il faut tenir compte des complications de l'opération, de l'infiltration d'urine possible, etc., etc. Enfin il est difficile d'expliquer la diurèse qui s'est produite le dernier jour, l'obstacle étant toujours le même. On avait pensé que sous l'influence de l'agonie, le spasme de l'uretère avait cessé, mais le fait de la destruction des fibres musculaires au niveau de l'oblitération, enlève beaucoup de valeur à cette explication.

On trouve dans les auteurs quelques exemples d'anurie ayant duré fort longtemps, mais dans ces faits il survient presque toujours une rémission ou il existe une hydro-néphrose qui prolonge la durée de la période de tolérance.

Dans une observation de Paget il y eut une crise de polyurie le treizième jour et le malade mourut le vingt-deuxième jour. Weber rapporte une observation avec plusieurs rémissions qui ont prolongé la vie jusqu'au trente-septième jour. Rayet rapporte un fait d'anurie ayant duré vingt-cinq jours. Une rémission, le dixième jour, amena deux verres d'urine; mais il existait une énorme hydro-néphrose qui, pendant longtemps, servit de palliatif à la rétention.

7. Rapport sur la candidature de M. Darier, au titre de membre adjoint de la Société : par M. le Dr DÉBRINE, médecin des hôpitaux.

Parmi les présentations que M. Darier vous a faites, permettez moi de vous rappeler une des dernières qui portait sur un cas de tumeur des méninges cérébrales lequel présentait sous plus d'un rapport un intérêt véritable. Il s'agissait d'un ouvrier terrassier, âgé de 37 ans, qui, jusqu'au mois de juin 1883, avait joui d'une parfaite santé. Un jour, étant à son travail, il fut pris subitement, sans aucun prodrome, d'une attaque apoplectiforme, tomba comme une masse sur le sol et ne reprit connaissance qu'au bout

d'une 10^e de minutes. Il était paralysé des deux membres du côté droit. Mais cette hémiplégie ne persista pas : quelques jours après, déjà il put faire quelques mouvements avec le membre supérieur et la marche redevint même possible au bout d'une quinzaine de jours. Le 17 octobre, nouvelle attaque en tout semblable à la précédente, si ce n'est qu'aux symptômes d'hémiplégie s'adjoignirent ceux d'une aphasie presque complète.

Hémiplégie et aphasie diminuèrent rapidement et il semblait devoir guérir encore une fois, lorsque survint à la fin d'octobre, une troisième attaque. En tout, ce malade fut ainsi frappé quatre fois avant sa mort qui survint au mois de janvier 1884.

Fait remarquable cependant, si le membre inférieur, paralysé à chaque attaque, reprenait en peu de jours ses mouvements, au point de permettre au malade de marcher et même de descendre un escalier, si l'aphasie diminuait assez vite pour qu'il pût toujours quatre ou cinq jours après l'ictus rendre compte de ses sensations, le membre supérieur se contracta dès la deuxième attaque et resta irrévocablement fixé dans l'attitude de la flexion. En dehors de ces faits, aucun autre symptôme pouvant éclaircir le diagnostic : cœur et artères intacts, pas d'albuminurie. Un peu de vertiges, du gâtisme et voilà tout. L'histoire de la première attaque rappelle absolument ce que l'on décrit classiquement sous le nom de congestion cérébrale aiguë : apoplexie suivie d'hémiplégie passagère. Mais les attaques suivantes vinrent démontrer que c'est avec raison que l'on a une certaine répugnance à admettre ces congestions idiopathiques, qui se produiraient sans qu'une lésion locale, une épine pour ainsi dire, vint les provoquer. Le membre supérieur restait définitivement contracturé et l'on en devait conclure qu'une lésion permanente existait au niveau de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Mais quelle lésion ? L'absence des convulsions épileptiformes qui caractérisent presque toujours la présence des tumeurs cérébrales, devait faire pencher le diagnostic du côté d'un foyer d'hémorragie ou plus probablement encore du côté d'un ramollissement cérébral par thrombose artérielle. Pour peu satisfaisant qu'il fût, ce diagnostic fut posé.

L'AUTOPSIE, que l'on peut pratiquer au commencement de janvier, vient éclaircir la question. Il est un genre de tumeurs des méninges que l'on rencontre fréquemment dans les autopsies de vieillards à la Salpêtrière et à l'hospice

de Bicêtre. Ces tumeurs qui siègent habituellement à la convexité des hémisphères ont un volume qui excède rarement celui d'une noix développée avec une grande lenteur, elles ne causent aucun trouble de voisinage et constituent en général des trouvailles d'amphithéâtre. Ce sont ces tumeurs auxquelles Virchow a donné le nom de psammômes, MM. Cornil et Ranvier celui de *Sarcome angiolitique*. Ce fut en effet, un de ces sarcomes que l'on trouva, d'un volume insolite, gros comme une pomme, il siégeait dans l'atmosphère gauche en avant de la scissure de Rolando, sur le pied de la première circonvolution frontale et sur la partie voisine de la frontale ascendante refoulant et aplattissant autour de lui toute une partie de l'hémisphère. La gêne circulatoire qu'il causait était attestée par les varicosités des veines de la pie-mère dans le voisinage. La situation et la déformation que la tumeur faisait éprouver aux organes voisins ressortait clairement des dessins que M. Darier avait joints à son observation. Il était dès lors facile de comprendre les poussées congestives qu'avait provoquées ce corps étranger. Au point de vue anatomique aussi cette tumeur prêtait à des considérations intéressantes. La tumeur tout entière était constituée par des cellules plates, larges, identiques aux cellules du tissu conjonctif ou aux cellules endothéliales des vaisseaux, sans cohésion entre elles; au milieu du tissu on voyait, sur les préparations histologiques qui vous ont été présentées, de petits globes, composés des mêmes cellules arrangées concentriquement comme dans un globe épidermique, et appendus aux vaisseaux. L'absence remarquable dans ce cas, de matières calcaires dans ces globes, devrait faire rejeter la définition Virchow et le nom proposé par lui de psammôme si ce nom n'était pas déjà d'ailleurs peu en harmonie avec les principes actuellement admis pour la nomenclature des tumeurs. — L'analogie grossière des petits globes avec les globes épidermiques a seule pu faire désigner par quelques auteurs, ces tumeurs sous le nom d'épithéliomes. Leurs éléments sont des cellules conjonctives, sans ciment intercellulaire et le seul nom qui leur convienne par conséquent est celui de sarcome. Le nom d'endothéliome proposé également serait certainement meilleur encore s'il n'était pas passible du même reproche que l'on peut faire au mot de psammôme, qui est d'indiquer l'apparence et non la constitution réelle et le point de départ dans un des systèmes de tissus élémentaires.

Notons encore en terminant que M. Darier place le départ anatomique de ces tumeurs dans la pie-mère et non

avec Virchow dans la dure-mère, les autres auteurs, indifféremment dans une quelconque des méninges. Cette opinion nous paraît fort admissible étant donné que la première présente dans ses prolongements, les plexus choroides en particulier, des formations entièrement semblables à celles qu'on trouve dans ces sarcomes.

8. Myxome de la cuisse ; par BALME.

L'observation que nous rapportons a trait à la malade occupant le lit n° 13 de la salle Sainte-Jeanne (service de M. B. ANGER, hôpital Lariboisière).

La nommée Vermrer, âgée de 49 ans, blanchisseuse, se présente à la consultation portant une énorme tumeur de la partie antéro-externe du tiers supérieur de la cuisse droite. Rien dans ses antécédents héréditaires qui se rapporte au cas particulier qui l'amène.

De bonne santé habituelle, elle dit n'avoir jamais été malade. Il y a quatorze ans, étant en couches, dans un faux mouvement, elle a senti une douleur légère dans l'aîne droite. A la main, elle a constaté une petite tumeur ronde, très peu douloureuse. Elle a cru à une hernie.

Pendant cinq ans environ, la petite tumeur est restée stationnaire ; mais il y a huit ans, vers 1876, elle a commencé à grossir lentement, mais sans arrêt. Jamais de traumatisme avant l'apparition de la tumeur, ni sur la tumeur déjà apparue. Peu ou pas de douleurs au niveau de la tumeur, mais gêne dans le membre le soir en se couchant. Le métier de la malade, qui était blanchisseuse, et la grosseur où était arrivée la tumeur expliquent suffisamment ce symptôme. Après chaque fatigue un peu grande, douleur assez vive dans le genou. Les douleurs et la gêne semblaient être plus fortes pendant les périodes menstruelles. Depuis quelques mois, presque pas de symptômes douloureux à certains jours, tandis qu'à certains autres, douleurs très vives, le soir en se couchant, dans le membre inférieur droit et même parfois dans les deux membres inférieurs, et dans la fosse iliaque droite.

La tumeur siège à la partie antéro-externe du tiers supérieur de la cuisse droite. Elle est située sous le droit antérieur de la cuisse ; en faisant fléchir la cuisse sur le bassin, on voit le tendon du triceps soulevé par le tendon se tendre sous la peau comme une corde d'archet, pour aller vers la rotule. Elle déborde ce muscle des deux côtés. La peau est normale, sauf des veinosités sous-cutanées. Sa

forme est arrondie, légèrement aplatie d'avant en arrière, à cause du muscle qui la bride. Elle n'est pas translucide. Son volume est celui des deux poings. Sa consistance est élastique; il semble qu'il existe une fluctuation nette entre son côté interne et un point situé en dehors et en bas. Elle n'a pas cette crépitation parcheminée que présentent quelquefois les chondromes à coque osseuse. On sent l'artère en dedans de la tumeur, à un ou deux travers de doigt.

La tumeur a peu d'adhérences. On peut, en la soulevant fortement, l'éloigner quelque peu du fémur. De même, on la fait glisser latéralement de 2 à 3 centimètres, mais c'est là toute sa mobilité.

La coque fibreuse formée autour d'elle et dont l'opération a démontré l'existence, ne lui permettait pas, en effet, une plus grande mobilité.

Elle ne semble pas avoir de prolongements ni du côté du genou, ni sous les muscles externe ou interne de la cuisse, ni sous l'arcade crurale. C'est d'ailleurs ce qu'a démontré l'opération. Elle ne présente ni battements propres, ni battements transmis; elle n'est soulevée par aucune artère. La palpation n'est pas douloureuse. La percussion donne partout de la matité.

Les mouvements de la cuisse sur le bassin sont un peu douloureux; compression probable des branches du nerf crural et du saphène interne, ce qui explique à la rigueur les irradiations dans le genou et dans la fosse iliaque.

On sent en dedans et en haut, à un travers de doigt de de l'arcade crurale un ganglion légèrement douloureux. Pas d'albumine dans les urines, mais une portion notable de sucre.

On fit le diagnostic de la tumeur fibreuse, probablement fibrome pur, à cause de la lenteur de la marche, de la bénignité de la tumeur et de son peu de retentissement sur l'état général, qui est assez bon. La possibilité d'un enchondrome ou d'un kyste hydatique avait été écartée.

L'opération, faite le 12 mars 1884, par M. B. Anger. L'incision de 25 centimètres, le long du bord externe de la cuisse.

On coupe l'aponévrose, les muscles, et on tombe sur une coque fibreuse d'un blanc nacré, assez dense par place, mais circonscrivant la tumeur tout entière. Cette coque, largement ouverte, laisse voir une tumeur lobulée, élastique et d'une certaine dureté en certains points, fluctuante en d'autres points. Elle est légèrement aplatie d'avant en arrière. Sa face postérieure, creusée d'une gouttière verticale, porte l'empreinte de la face antérieure du fémur, sur

laquelle elle est comme à cheval. Les tissus voisins ne sont pas altérés. Pas de prolongements.

On énuclée la tumeur en rompant avec le doigt les quelques adhérences cellulo-fibreuses. Pas de pédicule vasculaire. Seulement, au niveau de la face postérieure de la tumeur, adhérences un peu plus épaisses.

La tumeur enlevée laisse voir la face antérieure du fémur, recouverte de son périoste, qui n'est ni décollé, ni perforé, ni épaissi. La tumeur a diminué de volume. Elle était d'un tiers plus grosse. A l'état frais, une section pratiquée au milieu présentait un tissu tremblotant par places, gélatineux; ce tissu mou est renfermé dans des sortes de kystes, que circonscrivent des travées fibreuses.

Examen microscopique. — Praticué après durcissement dans l'alcool, il montre que la tumeur est constituée par du tissu muqueux type, à grandes cellules étoilées.

9. Rapport sur la candidature de M. E. Lévêque, au titre de membre adjoint; par M. SCHWARTZ, chirurgien des hôpitaux.

M. Lévêque a fait depuis quelque temps, à la Société anatomique, des présentations d'un grand intérêt. Parmi celles-ci, il en est deux qui furent l'objet d'une discussion devant vous. Je vais donc vous en rappeler les traits principaux. Il s'agit, dans ces deux cas, d'occlusion intestinale, mais produite par un mécanisme différent. Pour le premier, c'était un jeune homme de 19 ans, ne se plaignant depuis longtemps que d'une constipation opiniâtre, qu'il ne parvenait que difficilement à combattre. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il éprouvait les symptômes d'un obstacle au cours régulier des matières: météorisme, coliques, constipation absolue, vomissements. Puis, en quelques jours, des symptômes évidents d'étranglement se manifestaient, étranglement siégeant probablement sur l'intestin grêle; faciès grippé, abdominal, aucune émission de matières fécales ou de gaz par l'anus, vomissements fécaloïdes, petitesse du pouls. Mais rien dans les antécédents ou la marche de la maladie ne venait préciser la nature de l'étranglement. — La mort survint au dix-huitième jour.

L'AUTOPSIE fit voir, au-dessous et un peu à droite de l'ombilic, outre quelques lésions de péritonite adhésive, une anse d'intestin grêle étranglée, d'une longueur de 73 centimètres. Cette anse faisait hernie à travers une déchirure du mésentère, nettement détaché au niveau de son inser-

tion à l'intestin. On en voyait encore la trace sur ce dernier. Le mésentère, ainsi séparé sur une longueur de 6 centimètres, se ratatinait en arrière, au milieu d'adhérences nombreuses et solides, et constituait le tiers postérieur d'un véritable anneau d'étranglement, dont les deux tiers antérieurs étaient formés par la portion d'intestin correspondante. Cet anneau, au lieu de renfermer les deux bouts de l'anse herniée, comme c'est la règle en pareil cas, ne contenait qu'un seul bout qu'il étranglait, l'autre bout se continuant avec l'anneau lui-même, dont il formait une partie.

Cette disposition avait amené une *torsion* sur lui-même de l'intestin, dépourvu de mésentère et servant d'anneau. D'où rétrécissement et même oblitération. De plus, il est à supposer que les efforts de la défécation chez un sujet habituellement constipé, ou les efforts continuels de sa profession (boulangier) n'ont pas été étrangers à cette déchirure du mésentère. Telle nous paraît, du moins, devoir être la pathogénie de cette lésion, dont rien pendant la vie n'avait pu faire soupçonner l'existence. Cette observation nous montre donc une lésion des plus rares, puisqu'elle n'est mentionnée par aucun des auteurs qui ont traité ce sujet. Quant à l'anse étranglée, il est important de considérer qu'elle était à peu près indemne, sauf au niveau de l'anneau. Imperméable et oblitérée à son extrémité supérieure; réduite seulement au volume d'une plume à écrire, mais perméable encore à son extrémité inférieure, elle n'avait, en effet, par cela même, été exposée à aucune des altérations si fréquentes sur les tuniques d'intestins étranglés. Mais, au niveau de l'anneau, au point où l'intestin se tordait sur son axe et s'oblitérait, les tuniques étaient d'une fragilité telle, qu'une très faible traction avait suffi pour déterminer une légère perforation. En supposant que les adhérences l'eussent permise, la réduction de l'étranglement, après laparotomie, aurait infailliblement donné lieu à une perforation et à une péritonite mortelle. — La seule intervention opératoire efficace en cette circonstance, mais assurément bien audacieuse, eût été, l'abdomen étant ouvert, de pratiquer l'excision des deux portions rétrécies, puis de réunir deux à deux, par la suture, les quatre bouts de l'intestin.

C'est ainsi que Reybard, ayant procédé à la gastrotomie dans un cas d'occlusion intestinale, et se trouvant en présence d'une dégénérescence organique de l'S iliaque, réséqua la portion d'intestin malade, réunit les deux bouts, et obtint la guérison. Cette conduite a, depuis, été suivie avec

succès par nombre de chirurgiens à l'étranger et même en France.

Permettez-moi de vous rappeler encore une observation que M. Lévêque vous a communiquée, et montrant une autre cause peu commune d'occlusion intestinale. Une femme, ayant habituellement des garde-robes régulières, était entrée à l'hôpital pour des accidents d'occlusion intestinale remontant à une huitaine de jours. Ces phénomènes avaient débuté subitement et présentaient dès le second jour une extrême gravité : constipation absolue, vomissements fécaloïdes, refroidissement, etc. On reconnut aussitôt l'existence d'un énorme corps fibreux de l'utérus ; et c'est à la pression qu'il exerçait sur le rectum, qu'on attribua l'état de la malade. Anurie absolue pendant les quatre jours de la vie.

Le diagnostic fut confirmé par l'autopsie : la tumeur fibreuse, du volume d'une tête d'enfant et munie d'un mince pédicule, pesait plus de 1,100 grammes et comprimait fortement le rectum et les deux uretères. D'autres corps fibreux étaient encore disséminés dans l'épaisseur des parois de l'utérus. Dans ce cas, il eût été légitime de tenter la laparotomie et de faire l'ablation de l'énorme fibrome pédiculé, bien plus, en présence des autres tumeurs fibreuses interstitielles, dont une du volume d'une orange, peut-être eût-il été préférable de pratiquer l'hystérectomie.

Je pourrais insister sur d'autres communications intéressantes de M. Lévêque, je ne ferai que signaler une *Rupture de l'aorte ascendante avec irruption du sang dans le péricarde*, un *ramollissement cérébelleux ayant déterminé une tendance au recul pendant la dernière année de la vie*, une *inversion splanchnique complète*, présentée tout récemment à la Société, et offrant trois particularités importantes : la réduction du volume du pancréas à celui d'une noix, la situation profonde du colon transverse, et enfin la déviation latérale du rachis, à concavité gauche, malgré la transposition de l'aorte, et chez un sujet *gaucher*.

10. Fibro-myôme de la grande lèvre; par M. E. VALUDE,
interne des hôpitaux.

D... (Julia), âgée de 45 ans, entre le 6 mars 1884 dans le service de M. le professeur Verneuil, pour une tumeur de la grande lèvre droite.

Les antécédents de cette malade ne révèlent que peu de

chose au point de vue de la diathèse néoplasique. Sa tante aurait eu cependant des tumeurs au sein. Elle-même a toujours joui d'une parfaite santé, pas de manifestations scrofulieuses, pas d'arthritisme, elle a fourni trois couches heureuses, dont la dernière il y a dix-huit ans. En effet, si nous examinons cette malade, nous la trouvons très fraîche, grasse, n'ayant rien dans son état général, ni à l'examen de ses viscères, qui pût faire supposer aucune affection latente. La tumeur pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté il y a huit ans, (après une chute?) par un petit noyau indolent de la grosseur d'une noisette, logé dans la partie inférieure de la grande lèvre droite.

Aucun phénomène inflammatoire ni douloureux ne marqua le début de ce néoplasme et la malade, sans s'en inquiéter, le laissait s'accroître très lentement, quand, il y a dix-huit mois, elle vit prendre plus rapidement un volume de plus en plus grand à sa tumeur. Actuellement celle-ci offre la grosseur d'une petite mandarine, mais jamais, du reste, aujourd'hui ni autrefois, la malade ne ressentit aucune douleur de sa présence, la menstruation fut toujours régulière, il n'y eut jamais de pertes anormales.

À l'examen, nous rencontrons à la partie inférieure de la grande lèvre droite, au point d'élection des abcès de la glande, une tumeur arrondie, bosselée et assez dure. Pas de fluctuations; le néoplasme est parfaitement mobile sur la profondeur et la peau souple et d'une coloration normale roule librement sur lui. Cette tumeur offre absolument l'aspect d'une production bénigne enkystée, mobile dans le tissu cellulaire. Il n'y a pas de ganglions, bien entendu. L'opération est fixée au 8 mars.

L'ablation fut pratiquée au thermo-cautère et l'énucléation se fit facilement; mais, malgré l'emploi du fer rouge, l'hémostase fut très laborieuse. Du fond de la plaie une foule d'artérioles donnaient abondamment et on ne dut pas placer moins de 15 à 18 ligatures. La tumeur est d'ailleurs aisément enlevée en totalité, étant assez dure, sauf à la partie supérieure où son tissu offre une assez grande friabilité. La plaie béante ainsi obtenue fut pansée à plat à l'iodoforme et deux jours après à ce pansement fut substitué le simple pansement antiseptique ouvert, avec pulvérisation deux fois par jour. La malade, sans avoir présenté aucun accident, est actuellement en pleine voie de guérison.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Cette tumeur se présente, une fois enlevée, sous l'aspect d'une tumeur solide, bien isolée dans

une gaine conjonctive ; une coupe médiane montre qu'elle est constituée par un tissu assez peu dur qui s'organise en îlots et en bandelettes enchevêtrées les unes dans les autres. Ces îlots sont réunis par du tissu conjonctif plus lâche que le tissu propre de la tumeur. La coloration de cette section de la tumeur est d'un blanc rosé.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — I. Sur une coupe colorée au picro-carmin et examinée à un faible grossissement (Oc. 2, obj. 1, Verick) on distingue :

1° Des faisceaux longitudinaux parsemés de noyaux allongés ; 2° Des zones interposées entre les faisceaux longitudinaux ou obliques qui présentent un petit piqueté rouge correspondant à des noyaux. Ces zones représentent des faisceaux coupés transversalement ; 3° On voit, en outre, quelques trabécules fibreuses teintées en rouge par le carmin, contenant des vaisseaux très nombreux.

II. 1° A un plus fort grossissement (Oc. 2, obj. 8, Harnack) on aperçoit distinctement dans les faisceaux longitudinaux, des éléments fusiformes, étroitement juxtaposés. Le corps cellulaire est renflé au niveau du noyau, qui est allongé en bâtonnet. Ce noyau est fortement teinté en rouge, le corps cellulaire et ses prolongements présentent, au contraire, un ton orange. Ce sont là les caractères micro-chimiques des fibres musculaires lisses.

2° Si l'on porte l'examen sur une des zones correspondant à la section transversale d'un faisceau, on voit des petits éléments plus ou moins régulièrement polygonaux, contenant un petit noyau central très coloré. La périphérie de ces éléments est teinte en jaune. Ce sont des surfaces correspondant à des fibres musculaires lisses, coupées en travers. Par places, la coupe n'a pas porté sur le corps même de l'élément et on aperçoit un piqueté formé par la section des extrémités des fibres. Les régions où domine ce tissu fibreux n'offrent rien de particulier. En résumé, la tumeur dont il s'agit est un fibro-myôme, mais avec une prédominance excessivement marquée des fibres lisses sur les éléments fibreux. Quel est le point de départ de ce néoplasme ? On a signalé à la partie supérieure de la grande lèvre des tumeurs formées de tissu musculaire lisse et développées aux dépens des vestiges du ligament rond. Mais ici la tumeur qui nous occupe ne peut être attribuée à cet organe, sa position étant trop inférieure, puisqu'elle occupe justement la place de la glande vulvo-vaginale.

En ce lieu, on ne peut penser qu'à une seule origine pour une telle humeur, elle provient nécessairement du

tissu musculaire lisse, disséminé sous le derme en faisceaux irréguliers et qui correspondent au tissu dartoïque de l'homme.

Ces faisceaux de fibres lisses sont irrégulièrement disposés dans toute la hauteur de la grande lèvre et on en trouve également à la partie inférieure au point où a pris naissance le néoplasme qui fait l'objet de la communication.

11. Note sur un cas de rupture complète de l'utérus. —
Utérus bifide. — Lavage du fœtus et de ses annexes dans la cavité péritonéale. — Extraction par les voies génitales. —
Mort le 9^e jour; par MM. BAR et SECHÉYRON.

La nommée P..., âgée de 22 ans, ménagère, entre le 25 février à la salle d'accouchement (service de M. GOMBAULT).

C'est une femme brune, d'aspect vigoureux, ayant toujours vécu à la campagne jusqu'à l'âge de 18 ans, n'ayant été atteinte dans son enfance d'aucune affection grave, ne présentant aucune trace de scrofule ni de syphilis. Elle fut réglée pour la première fois à l'âge de 18 ans. Depuis cette époque, la menstruation fut régulière et en 1880, P... devint enceinte pour la première fois.

Après une grossesse qui évolua normalement, elle accoucha à terme et le travail dura 8 heures environ; les suites de couche furent des plus régulières et notre malade put reprendre son travail le douzième jour.

En 1883, ses règles apparaissent le 20 juin et ne se reproduisent plus. P... était de nouveau enceinte. Cette seconde grossesse évolua régulièrement jusqu'à 7 mois, P... put continuer à travailler chez ses maîtres; à partir de cette époque, seulement, elle dut se borner aux soins de son ménage, car depuis deux mois la miction était souvent difficile et douloureuse et la malade éprouvait une douleur vive au niveau du flanc droit; ajoutons que des varices s'étaient développées surtout à droite et que deux gros cordons veineux se dessinaient à la partie interne de la jambe et de la cuisse de ce côté.

Le jeudi soir, 22 février, cette femme était, si nous nous en rapportons seulement à la date de ses règles, arrivée au huitième mois de sa grossesse. Son état général était excellent, et elle pouvait sans inconvénient vaquer aux soins du ménage. Le vendredi 28 février, elle perdit l'équilibre en se levant, faisant d'abord un violent effort pour se relever, elle perçut un craquement au niveau du flanc droit, ressentit aussitôt une vive douleur en ce point.

Après quelques instants de repos au lit, elle put de nouveau marcher, faire même une longue promenade dans Paris. Cependant la douleur devenait de plus en plus vive. Pendant la nuit du 23 au 24, durant la journée du samedi, la douleur, qui restait encore localisée à droite persista, s'aggrava même après un bain de courte durée que la malade crut devoir prendre.

Bien que P... ne reconnut pas dans la douleur qu'elle éprouvait, les douleurs de l'accouchement, elle se présenta le 24 février chez une sage-femme qui la conduisit à pied, le 25 février, à Beaujon. Nous la trouvons pâle, les traits tirés, les yeux fatigués, la peau présentant une teinte ictérique blafarde.

Son habitus dénote une vive souffrance. A l'inspection, l'abdomen paraît distendu, surtout suivant son diamètre transversal, Le palper est douloureux, mais permet néanmoins de reconnaître que l'enfant se présente par l'épaule. Ne voulant pas prolonger l'examen, nous restons dans le doute sur la position du fœtus.

L'auscultation ne nous fournit que des résultats négatifs. Au toucher, le col est normal, long d'un centimètre. Son orifice externe est entr'ouvert et admet l'extrémité de l'index, nous ne pouvons sentir aucune partie fœtale engagée.

La malade du reste nous affirme n'avoir point perdu d'eau et n'avoir éprouvé aucune hémorrhagie par les voies génitales.

En résumé, après une grossesse normale arrivée au huitième mois, notre malade se présentait à l'hôpital, ayant éprouvé, il y a quatre jours, pendant un violent effort, une vive douleur à droite; douleur croissante. Notre malade n'avait pas de fièvre, mais son état général paraissait profondément atteint; l'enfant, mort, se présentait par l'épaule.

Pendant les journées des lundi et mardi, 25, 26 février, la malade reste à la salle d'accouchement, continuant à éprouver des douleurs que calment momentanément deux lavements avec douze gouttes de laudanum. Le mardi, à 10 heures du soir, les douleurs devinrent intolérables, et je crus devoir avec mes excellents collègues, Arpolles et Bouthier, procéder à un examen définitif qui nous permit d'adopter un mode de traitement.

Par le palper et le toucher, je trouvai la situation tellement modifiée, l'état général était devenu si grave que je fis immédiatement demander M. Bar.

Etat de la malade. Opération.—A l'arrivée de M. Bar, la femme paraissait épuisée. Elle se plaignait d'étouffe-

ments, de douleur dans tout l'abdomen, surtout dans le flanc droit. Le ventre était ballonné. Le visage de la malade présentait tous les caractères du faciès péritonéal. Le moindre attouchement étant douloureux, P. fut anesthésiée. A l'inspection, M. Bar reconnut la présence d'un météorisme accentué surtout à la partie supérieure de l'abdomen qui se trouvait élargi. En ce point, le palper, la percussion permirent de constater seulement les anses intestinales tympanisées. Au niveau de l'ombilic et de toute la région hypogastrique, le palper devenait facile, et il était aisé de déprimer la paroi abdominale antérieure presque sur la colonne vertébrale.

On trouvait aussi par le palper la matrice qui, inclinée à gauche se présentait avec les caractères (forme, volume) de l'utérus d'une femme qui vient d'être délivrée. Par l'auscultation, on ne percevait en aucun point les battements du cœur fœtal. Le toucher devait fournir les renseignements les plus importants. Le col était dilatable et formait un anneau parfaitement complet.

Après avoir franchi le col avec la main, on reconnaissait à gauche une tumeur aplatie, de forme ovale, mesurant dans son grand diamètre 5 à 6 centimètres environ. A l'extrémité inférieure de la tumeur, on trouvait un orifice qui admettait la pulpe du doigt et se poursuivait avec le col. A gauche, on sentait encore une masse très volumineuse qui sans aucun doute constituait le corps utérin, un nouvel orifice donnait accès dans la cavité. Entre ces deux masses existait un large orifice limité en avant et en arrière par les parois antérieures et postérieures du col. Cet orifice admit le passage de la main qui put facilement pénétrer dans la cavité abdominale. Il devint possible de reconnaître par le toucher, en arrière le rectum et le promontoire; en haut, le mésentère et les anses de l'intestin grêle et toucher en avant la face postérieure de la paroi antérieure de l'abdomen. Un aide, pressant alors sur les régions de l'épigastre et des hypochondres, abaissa le fœtus que la main introduite dans la cavité péritonéale n'avait pu atteindre et dont la présence et les situations se trouvaient masquées au palper et à la percussion par le météorisme des anses intestinales. Il était dès lors facile d'atteindre un pied, de faire par des tractions lentes et soutenues, passer tout le fœtus à travers la déchirure utérine et les voies génitales. Le fœtus extrait, il suffit de quelques tractions exercées sur le cordon pour délivrer définitivement la femme et enlever le placenta et les membranes qui avaient suivi le fœtus dans le péritoine.

Cela fait, M. Bar fit dans la cavité séreuse une abondante injection phéniquée 50/0. Le liquide entraîna un cotylédon qui s'était détaché du placenta et quelques débris membraneux.

L'opération était terminée. En somme, nous nous étions trouvés en présence d'un utérus bifide présentant ainsi une large rupture siégeant au point d'intersection des deux cornes utérines avec issue du fœtus et de ses annexes dans la cavité péritonéale. Si nous nous reportons aux renseignements qui nous ont été fournis par l'interrogatoire, il paraît légitime d'admettre que la rupture s'est produite le 23 février, c'est-à-dire il y a quatre jours, lorsque faisant un violent effort, notre malade perçut le craquement au niveau du flanc droit et ressentit aussitôt cette vive douleur qui depuis n'a fait que s'aggraver.

A la fin de l'opération, la malade tombe dans le collapsus, répond avec grand'peine. Respiration, 55; pouls petit, dépressible, 125. Boissons excitantes: rhum, café. Injections hypodermiques d'éther, de morphine, 1/2. Cet état inquiétant disparaît le soir. Le lendemain, la malade éprouve une amélioration notable.

L'ictère: teinte sub-ictérique de la peau, des culs-de-sac conjonctivaux, se prononce, mais ne tarde pas à disparaître.

Le ventre reste peu météorisé; très douloureux, surtout dans les flancs, sous les fausses côtes à gauche. La respiration est courte, accélérée, et réveille une vive douleur à l'hypochondre gauche.

Bientôt la diarrhée survient, les selles liquides, abondantes, fétides, persistent jusqu'à la mort de la malade. Affaiblie, épuisée par les douleurs, la dyspnée, la malade succombe le jeudi 6 mars, en pleine connaissance. La courbe de la température a oscillé entre 38 et 39°. Deux jours avant la mort, elle s'est élevée à 40°.

Le traitement institué a été à la fois local et général. Les injections, presque toujours intra-utérines, ont été répétées 7 et 8 fois par jour, injections au sublimé 1/2000 de la valeur de 2 litres. Les injections soulageaient beaucoup la malade, qui les réclamait avec instance. Malgré le traitement énergique et poursuivi avec certaine chance de succès les premiers jours, la malade a été emportée par une septicémie à forme lente. La raison de cet insuccès a été fournie à un certain degré par l'autopsie, qui a révélé l'origine présumée de l'infection dans un lambeau de placenta resté adhérent à la muqueuse utérine.

AUTOPSIE du fœtus 12 heures après extraction. — Du sexe féminin, bien conformé, taille moyenne.

Poids : 2.625 gr.
350 annexes.
2,250 fœtus.

Cordon peu volumineux, long de 0^m,50. Le fœtus paraît avoir macéré 2 à 3 jours. Desquamation complète des jambes. Plaques de desquamation au cou et au tronc. L'estomac renferme une demi-cuillerée à café de liquide sanguinolent, épais, d'un rouge brique sale. Gros intestin distendu par démacération. Plèvre, poumons sains.

Ecchymoses sous-cardiaques, sous le feuillet viscéral. Thromboses dans les vaisseaux coronaires.

Cerveau bien conformé; les vaisseaux à la superficie sont gonflés de sang noir.

Grand épiploon épaissi, réuni par de lâches adhérences aux deux feuillets du péritoine. Les anses intestinales sont unies entre elles par des adhérences. Celles-ci sont surtout épaisses et fortes autour du colon ascendant. Quelques petits foyers purulents au milieu des adhérences dans la région de la vésicule biliaire. L'estomac est entouré de fausses membranes qui unissent intimement cet organe au diaphragme, à la rate, au colon transverse. La rate, de volume normal, se déchire facilement. L'intérêt se concentre sur les organes du petit bassin. Les culs-de-sac pelviens sont recouverts du péritoine légèrement épaissi, présentant quelques exsudats gris noirâtres, de fines adhérences. Après ablation en masse des organes génitaux urinaires avec le rectum, il est facile de se rendre compte de la rupture utérine et de la malformation qui l'accompagne.

Le vagin est normal. Le col unique est entr'ouvert et permet l'introduction du doigt, qui pénètre successivement dans la cavité de deux lobes placés à droite et à gauche. Entre les deux ovoïdes utérins existe un orifice circulaire qui laisse passer la première phalange de l'index. Le col est ouvert sur la ligne médiane jusqu'à la déchirure; une incision nouvelle ravive le lobe gauche hypertrophié. La duplicité de l'utérus apparaît ainsi avec tous ses caractères. Le col est simple, mais au-dessus de l'orifice interne du col existe une partie du corps commune aux deux ovoïdes. La bifidité n'est donc pas complète. Elle s'est arrêtée à un centimètre environ du col. Les deux ovoïdes ne sont pas identiques. L'ovoïde gauche, du volume du poing, est

sur un plan antérieur à l'ovoïde droit, dont le volume est celui d'une grosse noix. Tous deux ont même consistance et paraissent sains, mais l'ovoïde gauche a ses parois trois fois environ plus épaisses que l'ovoïde droit.

L'ovoïde gauche est la portion gravide de l'utérus. L'hypertrophie de ses parois, son volume, les restes du placenta inséré en forme de bourgeons sur les parties latérales et près de la rupture démontrent ce point. Les deux ovoïdes se réunissent à angle aigu (presque droit). La rupture siège au niveau du sommet de l'angle, mais en entier sur le côté interne de l'ovoïde gauche. La déchirure laisse passer l'index. Ses bords, irréguliers, déchiquetés, sont épais de 6 millimètres. La circonférence étalée mesure 0^m,04.

Entre les deux ovoïdes existe une bride péritonéale verticale antéro-postérieure insérée en arrière. Près de la ligne médiane du rectum, sur une ligne un peu oblique, en bas et à droite, cette bride se prolonge en avant, en s'épanouissant sous le péritoine, qui recouvre la face postérieure de la vessie. Elle conserve cependant, jusqu'à la vessie, sa direction verticale et sa conformation extérieure. Le bord inférieur de la bride repose sur la jonction des deux ovoïdes, au point d'origine de la rupture.

<i>Dimensions (Utérus bifide).</i>				
Corps	Ovoïde	hauteur. . . .	0 ^m , 08 droit	} 0 ^m ,04 0 ,03
		gauche. } largeur. . . .	0 ,065	
	Partie commune.		0 ,007	
Col	hauteur.		0 ,03	
	largeur.		0 ,06	
Entre orifice intérieur				
et perforation			1 ,0177	
Entre col et vagin.			1, 11	
Perforation, circonférence.			0 ,04	
Bride :	hauteur.		0 ,02	
	largeur.		0 ,05 centimètres.	

Ce bord n'est nullement adhérent à l'utérus. Entre la face postérieure de l'utérus et le rectum, la bride forme comme un pont au-dessus du cul-de-sac utéro-rectal. Le doigt peut passer au-dessous de la bride, et on comprend la possibilité d'étranglement d'une anse intestinale qui se serait glissée au-dessous de la bride. A chacun des ovoïdes appartiennent un ligament rond, une trompe terminée par un pavillon frangé et un ovaire. La trompe gauche, de la grosseur du petit doigt, longue de 6 centimètres, a manifestement participé de l'hypertrophie de l'ovoïde utérin.

Trompe, pavillon, ovaire sont unis entre eux par des adhérences récentes. Foie jaune, gros, lisse, onctueux à la coupe. Les organes thoraciques (poumons, cœur et péricarde) sont sains; la plèvre offre quelques adhérences nouvelles.

Reins normaux, poids 120 gr.

14 dr.

Encéphale. 1,270 gr.

Circonvolutions bien copformées, nettement dessinées.

Séance du 21 mars 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

12. Mort subite par rupture du cœur : par CHAMPEIL.

Madame Farce, 78 ans, pensionnaire à l'hôpital des Ménages, morte subitement le 14 mars 1884.

A l'autopsie, on a trouvé le péricarde rempli d'un caillot sanguin gelée de groseille foncée, recouvrant le cœur en nappe. Ce caillot pèse 223 grammes. Sur la face antérieure du ventricule gauche, à égale distance de sa pointe et de sa base, il existe une rupture de 16 millim. de longueur. Un peu plus haut et à droite, au niveau du sillon interventriculaire, il en existe une seconde beaucoup plus petite. De plus, il y a au niveau des deux tiers supérieurs du sillon interventriculaire un épanchement sanguin dans le tissu graisseux, que recouvre le feuillet viscéral du péricarde. A la face interne du ventricule gauche, il n'existe qu'une seule rupture de 12 millim. de longueur, communiquant par un trajet direct avec la grande déchirure qu'on voit à la face externe.

Dégénérescence graisseuse du myocarde. Athérome des artères coronaires. Pas de lésion d'orifice.

M. Quinquaud fait remarquer que cette femme était malade depuis cinq jours lorsqu'elle a succombé subitement;

pendant les deux derniers jours, elle avait beaucoup souffert au creux épigastrique. Il a, dit-il, observé aux Ménages, plusieurs autres cas de mort subite par rupture du cœur, et jamais il n'a vu la syncope terminale survenir en plein état de santé; toujours, au contraire, les sujets avaient été malades pendant un certain temps avant d'être subitement enlevés dans une dernière syncope. Se basant sur ces faits, M. Quinquaud en conclut que la rupture du cœur se fait non d'un seul coup, mais en plusieurs fois, et qu'elle met un certain temps à s'opérer.

13. Cyanose congénitale. — Mort à l'âge de 16 ans. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — Communication des deux ventricules et des deux oreillettes. Présentation de P. MÉNÉTRIER, interne à l'hôpital Tenon (Service de M. le Dr TROISIER).

Eléonore D..., âgée de 15 ans, est entrée le 6 août à l'hôpital Tenon, salle Rayer, atteinte de cyanose et de pleurésie gauche. Sa mère, bien portante jusqu'à il y a six mois (actuellement atteinte de tuberculisation pulmonaire peu avancée), a eu quatre autres enfants, tous bien conformés. Sa grossesse s'était passée sans accidents. Jusqu'à l'âge de six mois et demi, l'enfant n'avait rien présenté d'anormal; mais alors, à l'occasion d'un rhume, apparut la cyanose, principalement aux lèvres et aux doigts, se montrant aussi, quoique moins accusée, dans toutes les parties du corps. La coloration bleue persista depuis, avec des variations d'intensité, mais sans jamais disparaître complètement. Du reste, D... resta toujours faible et malade. Elle eut la rougeole à huit ans, sans grands accidents.

Il y a cinq ans, ses jambes enflèrent une première fois, puis de nouveau l'an dernier. A ce moment, elle cracha le sang pendant deux jours et commença à souffrir du côté gauche. Ce fut alors qu'elle entra à l'hôpital. On lui trouva un épanchement abondant dans la plèvre gauche, et la ponction permit d'en retirer deux litres de liquide.

Depuis cette époque jusqu'au mois de janvier 1884, où nous avons pu l'observer, son état resta à peu près stationnaire, avec quelques alternatives de mieux et de pire. A ce moment, elle présente une cyanose généralisée, surtout prononcée à la face; les muqueuses, lèvres, gencives, conjonctives, sont presque noires. La teinte est beaucoup moins accusée sur le tronc, mais on remarque un duvet abondant à la surface du corps. Les doigts, violacés, se ter-

minent en massue ; les ongles, très développés, se recourbent à leur extrémité.

A l'examen de la poitrine, on trouve le côté gauche légèrement bombé, non douloureux ; absolument mat à la percussion, les vibrations y sont abolies, le murmure respiratoire ne s'entend pas, et l'on perçoit seulement la propagation des bruits du cœur. Du côté droit, respiration puerile. Le cœur est refoulé par l'épanchement, et les battements sont facilement perceptibles à droite du sternum, jusqu'à deux doigts au-dessous du mamelon de ce côté. Au contraire, on les sent à peine à gauche. A l'auscultation, souffle systolique, intense, siégeant dans le deuxième espace droit, à 3 centimètres environ du sternum, et se prolongeant vers l'articulation sterno-claviculaire droite. On l'entend aussi dans les vaisseaux du cou.

Les veines jugulaires sont volumineuses, mais le reflux se produit seulement à droite.

Le poulx est petit, inégal, irrégulier, très rapide (104). Le foie, volumineux, déborde de trois doigts les fausses côtes droites ; il est douloureux à la pression.

La malade est très maigre ; elle n'a pas d'appétit et digère difficilement. Elle n'est pas réglée, mais sa mère ne l'a été qu'à 16 ans.

Les urines, peu abondantes (près d'un litre par jour), sont légèrement albumineuses. Il n'y a pas d'abaissement de la température centrale, et même, pendant quelque temps, celle-ci s'est maintenue au-dessus de 38°. Enfin, la malade est très impressionnable ; à la moindre émotion, la cyanose devient intense, en même temps qu'elle ressent des palpitations violentes. Dans le courant du mois de janvier apparaît de l'œdème aux membres inférieurs, en même temps que les phénomènes de stase veineuse s'aggravent. Aussi, le 25, on fait une ponction qui retire 2 litres $\frac{3}{4}$ de liquide louche, séro-purulent. Une amélioration notable succède à l'opération, le cœur est moins dévié, la respiration plus facile, la cyanose moins intense, et la respiration s'entend du côté gauche de la poitrine. Cependant, l'œdème ne disparaît pas complètement ; au bout de peu de jours, il recommence à augmenter et s'étend de plus en plus, en même temps que les mêmes phénomènes d'embarras circulatoires se reproduisent et que l'épanchement remplit de nouveau la plèvre gauche. La température s'élève un peu chaque soir (38°,5). Le 23 février, on pratique encore la ponction et on retire 1 litre $\frac{1}{2}$ de liquide plus franchement purulent. Nouvelle amélioration suivie de nouvelle rechute. Cette fois, les phénomènes asystoliques ne sont pas dus à

l'augmentation de l'épanchement pleurétique, car la sonorité se perçoit à gauche et la respiration s'entend également dans la plus grande partie de la poitrine. Mais l'anasarque atteint des proportions considérables. La cyanose est intense, la dyspnée excessive. Les battements du cœur sont précipités, le souffle persistant toujours avec les mêmes caractères; le pouls, très rapide (134), est aussi très irrégulier; les urines, rares (200 gr.), très albumineuses. Enfin, l'asphyxie progressive entraîne la mort le 19 mars.

AUTOPSIE, le 21 mars. — A l'ouverture du thorax, on trouve le cœur sur la ligne médiane, débordant à peu près également à droite et à gauche. Il est très volumineux (son poids, vide de sang, est de 390 grammes); toute sa face antérieure est formée par le ventricule droit et l'oreillette droite. L'aorte semble sortir directement du ventricule droit, tandis que l'artère pulmonaire est en grande partie cachée en arrière.

Le ventricule droit est très hypertrophié; ses parois présentent une épaisseur moyenne de 1 cent. 1/2.

L'orifice auriculo-ventriculaire droit est normal. L'infundibulum de l'artère pulmonaire est considérablement rétréci, admettant à peine la pulpe de l'index, et diminuant rapidement jusqu'à n'avoir plus qu'un diamètre de 2 millimètres, au niveau des valvules; celles-ci sont petites et ratatinées, et l'on ne peut trouver la trace que de deux nids valvulaires.

Au-dessus, l'artère pulmonaire se dilate progressivement et finit par présenter un calibre assez voisin de la normale. Il ne reste pas de trace du canal artériel.

En arrière de l'infundibulum, au-dessus du pilier antérieur de la tricuspide, la cloison interventriculaire est interrompue; elle se termine par un bord mousse, sur lequel prennent insertion quelques cordages de la valvule, et qui limite avec la grande valve de la mitrale un orifice faisant communiquer le ventricule gauche avec le droit. Cet orifice présente un diamètre de 1 centimètre. Au-dessus, partant également des deux ventricules et à cheval sur la cloison, ainsi interrompue, s'ouvre l'aorte. Deux de ses valvules semblent même appliquées sur les parois du ventricule droit, et il ne reste au ventricule gauche que celle qui surmonte la mitrale. L'oreillette droite, énormément dilatée, occupe presque toute la base du cœur; elle communique avec l'oreillette gauche par le trou de Botal, incomplètement fermé par un mince repli, qui s'élève du bord postérieur de cet orifice (celui-ci présente encore un diamètre de 7 à 8 millimètres). Au-dessous se trouve encore un ori-

fice plus petit, admettant à peine une sonde cannelée, et qui fait également communiquer les deux oreillettes.

Le ventricule gauche est petit, encore rétréci par la saillie du ventricule dans sa cavité. Les parois mesurent 11 à 12 millimètres d'épaisseur. Le canal aortique aboutit à l'orifice interventriculaire, et se continue seulement par l'une de ses parois (la grande valve de la mitrale) avec les parois de l'aorte. L'oreillette gauche est toute petite, presque réduite à son auricule, elle communique avec l'oreillette droite par les orifices déjà signalés. La plèvre gauche tapissée de fausses membranes renferme une certaine quantité de liquide purulent. Le poumon adhérent seulement au sommet est petit et rétracté, non vide d'air cependant. Il renferme deux petits noyaux crétacés au sommet. Le poumon droit également peu volumineux, est sain, on n'y trouve pas traces de tubercules. Le foie, d'aspect muscade, pèse 1555 grammes. La rate est multilobée, molle, elle pèse 190 grammes. Les reins, 190 grammes, sont rouge-violacé très congestionnés. Le péritoine est rempli d'une grande quantité de liquide ascitique. Les organes génitaux sont bien conformés.

En résumé : rétrécissement considérable de l'orifice pulmonaire, développé avant la naissance, communication facile de quatre cavités les unes avec les autres, déterminant la cyanose. Tout cela est parfaitement conforme à la théorie, et nous n'y insisterons pas. Mais ce qui nous paraît intéressant, c'est de voir des lésions aussi considérables ayant permis à la malade de vivre jusqu'à l'âge de 16 ans, et n'ayant même causé sa mort que par suite d'une complication fortuite. Remarquons, en outre, que ce rétrécissement pulmonaire si complet ne paraît pas s'être accompagné de tuberculisation bien nette des poumons, malgré les antécédents héréditaires de la malade. Quant au souffle perçu pendant la vie, nous ne saurions dire si on doit l'attribuer au rétrécissement pulmonaire, ou bien à la communication interventriculaire.

14. Tumeur polypiforme de l'intestin grêle. Présentation de M. MÉNÉTRIER, interne à l'hôpital Tenon.

Chez un malade mort (service de M. le Dr TROISIER), à l'hôpital Tenon, d'accidents urémiques dus à une hydro-néphrose double, nous avons trouvé à la partie terminale de l'intestin grêle, une tumeur restée absolument ignorée pendant la vie, et qu'aucun symptôme ne permettait de

soupçonner au moins durant le séjour du malade à l'hôpital. Cette tumeur était implantée à l'opposé de l'insertion du mésentère, et distante d'un centimètre environ de la valvule iléo-cœcale; du volume d'une pomme d'api, à surface mamelonnée, mais très superficiellement, les sillons limitant ses lobes, pénétrant de quelques millimètres à peine dans l'épaisseur du tissu. Presque sessile quoique débordant son point d'implantation. Au niveau de l'insertion, du côté de la face péritonéale, on trouve une dépression ombiliquée par entraînement des tuniques intestinales. Sa couleur est d'un brun verdâtre. De consistance ferme, elle résiste au couteau en coupe, on voit un tissu blanchâtre, d'aspect fibreux. A son niveau, l'intestin est légèrement dilaté, et néanmoins le néoplasme en obture presque toute la lumière, aussi l'on conçoit avec facilité qu'une telle production eût pu déterminer des phénomènes de rétention des matières. Il nous a malheureusement été impossible de savoir, si dans les antécédents du malade, de semblables accidents s'étaient présentés. Au-dessus et au-dessous, l'intestin présentait son calibre normal. Les ganglions du mésentère étaient absolument sains, et nous n'avons rencontré de production semblable dans aucun autre organe. Examinée au microscope, cette tumeur est essentiellement formée par une accumulation de petites cellules, séparées par des bandes de tissu conjonctif.

Ces cellules présentent des dimensions variant entre 15 et 20 μ ; elles sont, les unes rondes, d'autres cubiques et tassées en rangées linéaires, d'autres enfin, plus irrégulières dans leur forme. Le noyau occupe environ le quart de l'élément. Dans la profondeur elles se colorent nettement, et sont bien distinctes, mais à mesure qu'on se rapproche de la surface, elles deviennent moins nettes, granuleuses, le noyau se distingue difficilement, et elles se colorent moins bien par les réactifs. Le tissu conjonctif est distribué en bandes assez irrégulières dans la profondeur. se coupant et s'anastomosant pour limiter des loges, ou des fentes, où sont situées les petites cellules. Au voisinage de la surface, il tend à former des tractus parallèles, séparant des trainées de cellules. Dans la couche superficielle, on trouve la coupe d'un grand nombre de canaux sanguins sans paroi propre bien distincte.

Il ne reste nulle part de traces de la muqueuse, pas de glandes, pas d'épithélium.

La couche musculaire présente sa structure normale, mais elle est notablement épaissie; des petites cellules semblables à celles qui constituent la tumeur s'infiltrèrent entre

les faisceaux de fibres lisses, on en rencontre également des ilots dans la couche celluleuse sous-péritonéale.

Au voisinage de la tumeur, les parois intestinales sont altérées, surtout la muqueuse où les glandes ne commencent à reparaitre, qu'à un centimètre environ du point d'implantation.

Dans tout cet espace, la muqueuse est uniquement constituée par un tissu semblable à celui de la tumeur, avec cette différence que les cellules y prédominent de beaucoup sur le tissu conjonctif. Les autres tuniques sont à peu près saines.

En présence de ces caractères, nous pensons avoir à faire à une tumeur de nature carcinomateuse, bien que certaines particularités, présentées par nos préparations, laissent encore des doutes dans notre esprit. C'est du reste avec les mêmes réserves l'opinion de M. Troisier. M. Malassez que nous avons consulté, avait, sans toutefois vouloir se prononcer, parlé de lymphadénome, ou du moins nous avait engagé à chercher dans ce sens; mais nos coupes traitées par le pinceau, ne nous ont pas laissé voir de réticulum caractéristique, et seulement la trame fibreuse que nous avons décrite.

Quoi qu'il en soit, ce fait nous a paru intéressant à rapporter, parce que la tumeur présentait assez bien les caractères microscopiques de ce que nous avons trouvé dans les auteurs, décrit sous le nom de polypes de l'intestin grêle, et que l'histoire anatomique de ces productions est encore fort obscure.

15. Coxalgie ancienne. — Tuberculose aiguë avec hémorrhagies intestinales, simulant une fièvre typhoïde. — Tubercules du cervelet et de la protubérance, restés latents. — Présence des Bacilles de Koch constatée dans un foyer siégeant au sein de la substance nerveuse encéphalique; par M. Morel LAVALLÉE, interne des hôpitaux.

Le nommé Louis B..., âgé de 13 ans, entre le 8 mars aux Enfants-Malades. (Service de M. LABRIC.)

Il y a quatre ans, il fut soigné pour une coxalgie; on lui mit un appareil qu'il garda un mois. Depuis, il marchait à peu près comme tout le monde.

En octobre dernier, il tomba et se démit la hanche; il boita depuis lors. Au commencement de février, il fut pris d'une fièvre intense, continue, que les parents attribuèrent aux lésions de la hanche; de fait, le médecin de la famille constatait dans la fosse iliaque externe un « énorme abcès

près de s'ouvrir ». Cependant la fièvre augmentait, s'accompagnait de symptômes généraux graves, de diarrhée.

Le 6 mars, il avait une selle sanglante, rouge-noir. A son entrée : aspect typhique ; facies blanc, marbré de rouge ; gargouillement dans la fosse iliaque droite ; ventre ballonné, tendu ; pas de taches ; bronchite bilatérale, mais intense, surtout aux parties supérieures des poumons. Comme état cérébral, c'est moins du délire vrai que de la surexcitation intellectuelle (poussée, il est vrai, jusqu'à la divagation). Ainsi le malade raconte assez nettement comment lui sont arrivés, il y a trois ans, les premiers accidents à la hanche gauche.

De ce côté on constate, dans la fosse iliaque externe, non un vaste abcès, mais, sous des tissus empâtés, la tête du fémur luxée qu'on fait tourner et crépiter sous la main. Le membre est dans l'extension et l'abduction. La palpation et les mouvements provoqués sont très douloureux. On pose le diagnostic de tuberculose à marche rapide, chez un coxalgique, avec une forte réserve pour la *fièvre typhoïde* chez un *tuberculeux pulmonaire probable*, surtout avant d'avoir appris des parents le mode de début de la fièvre.

12 mars. Diarrhée continueuse ayant absolument l'aspect et l'odeur des selles typhoïdiques. La température reste continuellement entre 39° et 40°. Ouverture d'un abcès au périnée, à gauche, sous le scrotum.

14 mars. Deux selles sanglantes dans la matinée, avec grumeaux blancs, jaunâtres. T. 38°,3. Bronchite des deux côtés, sans points soufflés. Ventre ballonné et douloureux. Vive surexcitation cérébrale, surtout à partir de 5 heures du soir. L'enfant se plaint, exige qu'on soit auprès de lui, appelant la sœur et l'interne dès qu'il les voit. Pupilles égales, pas de strabisme ; pas de convulsions. Décubitus dorsal, les jambes allongées. Intelligence en somme conservée, exaltée, quoiqu'un peu obscurcie, le petit malade s'enquérant de son état, de sa fièvre, de l'époque de sa guérison. Sensibilité et motilité du corps et des membres, explorés au point de vue de granulations méningées possibles et trouvées intactes des deux côtés.

L'état du ventre, l'aspect de la diarrhée, les selles sanglantes, la température à peu près constamment élevée, l'absence de symptômes, de granulations méningées, attendues dans l'hypothèse de tuberculose thoraco-abdominale, feraient pencher aujourd'hui en faveur d'une *fièvre typhoïde*. Mort dans la nuit.

AUTOPSIE. — Cœur. Caillots noirâtres dans les cavités

gauches. Rien aux valvules. *Péricarde, larynx, plèvres*, rien. *Poumons* : Tuberculose miliaire jaune confluyente. Poumon gauche : un tubercule caséo-crétacé gros comme une noisette, au sommet. Tout autour, granulations confluentes non encore caséifiées. Le lobe inférieur renferme beaucoup de tubercules miliaires ; alentour, le poumon est congestionné et, sur une large surface, perdu pour l'hématose. Poumon droit : volumineux, présente à l'extérieur un mélange de parties emphysémateuses et atélectasiées. Beaucoup de granulations grises et de tubercules miliaires sous-pleuraux.

Les lobes *moyen et inférieur* renferment des granulations miliaires jaunes confluentes, mais surtout des granulations grises.

Dans le lobe *supérieur* la tuberculose est plus avancée : granulations jaunes, mais non encore ramollies.

Il a dû y avoir deux poussées granuleuses à intervalle.

Rate. Tubercules miliaires sur la capsule. Rien dans le parenchyme.

Foie. Gros et gras, rien dans le parenchyme.

Intestin grêle. Les plaques de Peyer sont un peu saillantes, quoique de couleur et d'aspect normaux. En remontant sur une longueur de 1 mètre à partir du cœcum, on voit les vaisseaux dilatés et congestionnés, mais régulièrement, sans dessiner de plaques. *Pas trace d'ulcération*.

Pas de tubercules dans l'intestin ni dans les ganglions mésentériques. Les hémorrhagies intestinales ont donc dû se faire en nappe, par exsudation. Hémorrhagies congestives de la tuberculose ou hémorrhagies pré-tuberculeuses, au point de vue local.

Encéphale. Pas d'adhérences de la pie-mère, qui est peu congestionnée, surtout en avant. Pas de granulations tuberculeuses. Pas de dilatation ventriculaire. Rien dans la toile choroidienne. Coupe des hémisphères cérébraux normale, sans piqueté congestif.

Cervelet. A la face inférieure de l'hémisphère gauche proémine un tubercule gros comme une noisette, jaune, à moitié dur, criant sous le scalpel. Grâce à une incision très superficielle, on l'énuclée comme un noyau de cerise.

Protubérance. Rien extérieurement. Mais à la coupe, on constate la présence, dans la partie supérieure droite de la protubérance, d'une cavité grosse comme la pulpe d'une noix, contenant du pus crémeux, jaune vert, nettement phlegmoneux. C'est un abcès, nettement enkysté ; les

autres lésions constatées sur le cadavre permettent seules de l'attribuer à du tubercule. Quant à la situation de la lésion elle occupe, en épaisseur, les $2/3$ postérieurs de la protubérance ; sa paroi postérieure est très mince. En largeur, elle ne s'étend pas tout à fait jusqu'à la ligne médiane qui couperait la protubérance. Comme hauteur elle occupe irrégulièrement plus de la moitié supérieure de la protubérance, au-dessous de la naissance du pédoncule cérébral supérieur droit. De sorte que la partie inférieure, *motrice*, de la protubérance, a pu être seulement comprimée, mais non détruite ; de fait, il reste une certaine épaisseur de substance grise au-dessus des fibres commissurales. Mais les fibres supérieures, sensibles, étaient détruites par la *suppuration*.

Les fibres d'origine des troisième et quatrième paires pouvaient être refoulées sur la ligne médiane, intactes, ou seulement comprimées. Quant à la cinquième paire, plusieurs coupes pratiquées comparativement sur des protubérances saines montrent qu'il est difficile qu'elle ait été absolument respectée, au moins dans ses fibres d'origine les plus élevées.

Or, les symptômes de ces lésions encéphaliques ont été absolument nuls pendant la vie. Pas de décubitus latéral, en chien de fusil, ni protubérantiel. Pas d'hémiplégie motrice, ni de convulsions. Pas d'hémi-anesthésie gauche, chose facilement constatée puisque la jambe gauche, atteinte de coxalgie, a été plusieurs fois l'objet d'explorations qui arrachaient des cris au malade. Pas de strabisme, de photophobie ni de perte de la vue, symptômes recherchés avec soin puisque le diagnostic hésitait entre fièvre typhoïde et granulose pulmonaire ou généralisée.

Il y a donc eu lésion importante de la protubérance restée latente. Les centres nerveux montrent, il est vrai, de la tolérance pour les compressions établies lentement, mais est-ce le cas ici et quel temps a mis à se développer cette lésion qui offre l'aspect, non d'un tubercule ramolli, mais d'un abcès, d'un *phlegmon*.... *tuberculeux*, sous la réserve de l'examen histologique. La cornée ne présentait aucune altération ; malheureusement, à l'autopsie, il n'a pas été procédé à l'ouverture de l'œil, non plus qu'à l'examen histologique du tronc du trijumeau.

Micrographie. La paroi du kyste supprimé est grisâtre, résistante, tomenteuse en dedans, épaisse de deux à trois millimètres. Elle est recueillie dans l'alcool absolu. La recherche des bacilles y est pratiquée par nous-même, d'une façon extemporanée, après un séjour de vingt mi-

nutes dans le liquide fuchsiné d'Erlich exposé à la chaleur et une seconde coloration de la pièce au violet :

La paroi du kyste renferme, dans toute son épaisseur, une énorme quantité de bacilles.

Un second examen, pratiqué après un séjour de vingt-quatre heures dans le réactif colorant, par M. Richardière, a donné le même résultat. Cependant il résulte de nos recherches communes que toutes les coupes, c'est-à-dire tous les points de la paroi ne renferment pas de bacilles. Ce fait de la présence des micro-organismes de la tuberculeuse au milieu de la substance nerveuse, dans un foyer enkysté, à l'abri de l'air extérieur, nous paraît présenter un grand intérêt, en dehors de la tolérance de la protubérance pour une lésion de grosse étendue.

Séance du 28 Mars 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

16. Sarcôme des bourses ; par M. F. LEJARS, interne des hôpitaux.

Dum... Félix, épicier, âgé de 24 ans, entre le 21 mars 1884, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 21 (service de M. le Dr Th. Anger). C'est un garçon vigoureux, qui ne présente rien de suspect dans ses antécédents héréditaires. Aucun accident diathésique. Pas de maladies vénériennes. Il y a dix-huit mois, étant au service militaire, il s'aperçut par hasard de l'existence d'une petite tumeur grosse comme une noisette, à la partie antérieure du testicule gauche, tumeur dure, et à peu près complètement indolente, même à la pression.

Au mois d'octobre 1882, il quittait le régiment. Sa tumeur conservait à peu près son même volume primitif. Pendant un an, elle demeura stationnaire. Ce ne fut que vers le mois d'octobre 1883, qu'elle commença à grossir par poussées successives ; ces deux mois, elle acquit à peu près le volume des deux poings. Un médecin consulté, fit d'abord une ponction qui ne donna qu'un peu de sang. Le

6 décembre, l'ablation de la tumeur fut pratiquée. Nous n'avons aucun renseignement précis sur l'opération. Au bout d'un mois, la plaie était guérie ; on trouve encore aujourd'hui une cicatrice longitudinale qui descend sur la face antérieure du scrotum, à gauche. Dans les premiers jours de mars 1884, apparut une nouvelle induration à la partie inférieure et postérieure des bourses. Du reste indolence à peu près complète, à part un peu de gêne dans la marche et quelques élancements. Dans l'espace de vingt jours, la tumeur récidivante acquit le volume que nous constatons aujourd'hui. Nous trouvons une tumeur grosse comme une tête d'enfant, irrégulièrement sphérique. A droite, la surface est unie ; sur la ligne médiane, se voit la trace du raphé, dévié et sinueux. A gauche, la masse est bosselée et présente d'avant en arrière, près de la racine de la verge, une première ulcération, de 6 centimètres de diamètre environ, à bord décollé, au fond de laquelle s'élève un double mamelon noirâtre et saignant. Plus bas, un gros bourgeon, du volume d'une pomme, à surface accidentée, non ulcéré. Enfin, séparée du précédent par une dépression profonde en forme d'arcade, une autre bosselure moins saillante. A la partie moyenne du raphé, siège une dernière ulcération, de la largeur d'une pièce de 2 francs, à fond proéminent. A droite, la peau, sillonnée de veines volumineuses, est mobile sur le plan profond ; à gauche, elle est rougeâtre, épaissie, et adhérente au tissu morbide sous-jacent. Par la palpation, on peut suivre le cordon droit jusqu'à un centimètre au-dessous de l'abdomen inguinal où il se perd dans la tumeur. Celle-ci est dure et élastique dans toute sa partie gauche et postérieure ; à droite et en avant, on trouve de la fluctuation et la pression à ce niveau donne au malade la sensation spéciale que provoque la pression du testicule. On ne trouve de ganglions ni aux aines, ni dans les fosses iliaques. L'état général demeure relativement bon. Le malade n'a que peu maigri ; il ne tousse pas, et ne présente aucun signe de généralisation commençante. L'ablation totale de la tumeur est pratiquée le 27 mars. M. Th. Anger, incise circulairement au thermo-cautère, la racine des bourses ; les portions scrotale et périnéo-bulbaire de l'urèthre sont disséquées dans toute leur étendue, les deux cordons, liés en masse. Il résulte de là, une plaie comprenant presque toute la surface du périnée, et que l'on réunit partiellement par quelques points de suture. Pansement à l'alcool.

10 avril. — Aucun accident local ne s'est produit. Les ligatures des deux cordons spermatiques sont tombées il y

a quelques jours. Pas d'hémorragies. La plaie bourgeonne.

L'*Examen de la tumeur* a donné les résultats suivants : A droite, le testicule, entièrement sain, est contenu dans une sorte de loge formée par la masse néoplasique et tapissée par la vaginale ; il existe un degré notable d'hydrocèle. A gauche, on ne trouve plus trace du testicule : La tumeur proprement dite, bosselée à la surface, de consistance ferme, ne crie pas à la coupe. La surface de section est d'une coloration panachée : d'un gris jaunâtre dans la majeure partie de son étendue, elle est creusée d'assez nombreuses cavités pleines de caillots. A l'extérieur, le tissu morbide plonge dans l'épaisseur de la peau sous forme de végétations papilleuses. Par le raclage, on obtient une petite quantité de suc granuleux. L'examen microscopique sera fait par M. Babinski.

RÉFLEXIONS. — Nous insisterons sur deux points : 1° la rapidité de cette récurrence, qui, en vingt jours, a pris d'énormes proportions ; 2° la situation du testicule droit, absolument indemne, mais si bien enlevé dans la masse néoplasique qu'il eût été impossible de ne pas le sacrifier.

17. Myome sous-cutané douloureux ; par JARDET.

Le nommé X..., sergent de ville, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Nicaise, pour une petite tumeur sous-cutanée douloureuse, située à la partie externe du genou droit. — Au toucher on sent une petite saillie dure, grosse comme un petit pois et adhérente à la peau. Cette grosseur glisse facilement sur les parties profondes. — Son début a passé inaperçu. — Le malade n'a commencé à en être incommodé que depuis deux ans et il éprouve à ce niveau des douleurs survenant spontanément sans causes appréciables. — Le toucher et la pression n'éveillent de la douleur qu'à certains moments. — Pas d'ulcération ni de modification de la peau à ce niveau.

La tumeur est enlevée et nous est apportée au laboratoire par M. Lauth, interne du service. Les coupes, au niveau de la partie moyenne de la tumeur, montrent qu'il s'agit d'une production située dans la couche profonde du derme, production colorée en rouge par le picro-carminate. — A la périphérie la tumeur est nettement séparée des parties voisines. Au centre on voit des fibres dirigées dans différents sens. Les unes sont groupées autour d'un

axe qu'elles semblent entourer en formant des couches concentriques.—D'autres ont une direction plus ou moins oblique. — Les pièces colorées par le violet de méthyle B et décolorées par l'alcool montrent sur la coupe des noyaux allongés analogues à ceux des fibres musculaires lisses. — A côté se voient des noyaux arrondis de cellules conjonctives. L'ensemble de la tumeur présente l'aspect des myomes utérins, et traitées par l'acide osmique elles ne laissent voir absolument aucune fissure nerveuse à myéline. — Il s'agit donc, dans ce cas, d'un myome ou plutôt d'un fibromyome sous-cutané isolé développé à la partie externe du genou sans causes appréciables.

18. Dilatation bronchique chez un enfant de 6 ans. — Pneumonie chronique ; par H. RICHARDIÈRE, interne à l'hôpital des Enfants Malades (service de M. RENDU, clinique de la faculté).

M. RICHARDIÈRE présente un poumon provenant de l'autopsie d'une petite fille de 6 ans, morte à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de la clinique de la Société de médecine.

Les bronches du poumon sont dilatées dans presque toute leur étendue. Les bronches de fort calibre sont uniformément dilatées ; les bronches de moyen et de petit calibre présentent de place en place des dilatations ampoulaire, dont quelques-unes ont le volume d'une grosse noisette. Ces ampoules sont en assez grand nombre pour remplacer presque tout le parenchyme pulmonaire. Elles sont séparées par de petites cloisons membraneuses de peu d'épaisseur ; les cloisons sont formées par les muqueuses bronchiques adossées. Les dilatations ampolaires donnent au poumon l'aspect d'une éponge à grandes logettes. Elles sont d'ailleurs plus nombreuses et plus vastes dans les lobes inférieur et moyen. Le lobe supérieur présente surtout de la dilatation cylindrique des bronches, mais très peu de dilatation ampolaire. Le peu de tissu pulmonaire qui persiste entre les dilatations bronchiques présente une altération des plus remarquables. Il est profondément sclérosé, d'apparence lardacée, de consistance dure et résistante. Il est atteint de pneumonie chronique fibroïde. C'est surtout dans le lobe supérieur qu'on peut se rendre compte de cette altération ; il semble qu'en ce point les lésions soient moins avancées et qu'on assiste aux premières phases du processus. En ce point, le tissu conjonctif est encore peu rétracté et, par suite, la dilatation est peu prononcée.

Les logettes formées par les bronches dilatées sont tapissées par une membrane lisse, rougeâtre, qui, examinée au microscope, présente encore les principaux éléments de la muqueuse bronchique. Pendant la vie et au moment de la mort, ces loges étaient remplies de pus horriblement fétide, renfermant quelques grumeaux comparables à du mastic. Nulle part, on ne pouvait constater la présence de tubercules. La plèvre était un peu adhérente; mais les adhérences étaient molles, peu résistantes et se laissaient facilement déchirer.

Le thorax, qui renfermait le poumon, était profondément déformé au niveau du viscère. Il était aplati d'avant en arrière, réduit considérablement de capacité. Le côté droit du thorax, comparé au côté gauche, présentait une capacité moitié moindre. Le poumon gauche était parfaitement sain, sans tubercules. Il était seulement très emphysémateux. Le cœur était normal. Le ventricule droit n'était nullement dilaté.

Enfin, les autres organes n'offraient rien de particulier à signaler. L'histoire clinique de cette enfant avait présenté plus d'un côté intéressant. Cette petite fille, âgée de 6 ans au moment de sa mort, était malade depuis trois ans. Elle avait commencé par avoir une pleurésie, qui, au dire de ses parents, avait duré trois semaines. Depuis cette pleurésie, elle avait toussé. Cette toux durait depuis trois ans. De temps en temps, l'enfant présentait un peu de fièvre, se plaignait du côté, puis cet état aigu se calmait et les choses reprenaient leur cours. Il y avait un an que l'enfant était à l'hôpital, et au moment où M. Rendu prit le service de la clinique, elle présentait les signes de la cachexie la plus avancée. Elle était profondément anémiée, amaigrie. Ses doigts offraient la déformation hippocratique la plus nette. Elle avait presque tous les jours des vomiques purulentes assez abondantes pour remplir deux ou trois crachoirs. Les signes stéthoscopiques étaient naturellement ceux que donne la présence d'une excavation dans le poumon. On percevait une matité des plus nettes. On entendait du gargouillement, du souffle amphorique, et cela dans presque toute l'étendue de la poitrine, du côté droit, avec prédominance à la base. Le poumon gauche était absolument normal, quant à la percussion et à l'auscultation. La petite malade n'avait d'ailleurs pas de fièvre le soir, pas de diarrhée. Le pus des vomiques, examiné à plusieurs reprises, ne renfermait pas de bacilles de Koch. M. Rendu, envisageant l'ensemble des symptômes, s'appuyant sur l'unilatéralité des lésions, l'absence de fièvre

le soir, l'absence de bacilles dans les crachats, porte le signe de dilatation bronchique.

Examen histologique. — Les coupes portant sur le lobe supérieur, dans les points où la dilatation des bronches est le moins prononcée, montrent les altérations suivantes :

La paroi des bronches est le siège d'une inflammation intense. Les diverses tuniques sont infiltrées de cellules embryonnaires nombreuses. Les fibres musculaires ont en partie disparu. Les fibres élastiques sont encore visibles. L'épithélium a persisté en plusieurs points. L'inflammation s'est propagée au tissu conjonctif peu bronchique, qui est également infiltré de cellules embryonnaires.

Plus on s'éloigne de la bronche, plus les lésions sont anciennes. Le tissu conjonctif est formé de fibrilles compactes, serrées les unes contre les autres. Dans le lobe inférieur, les lésions sont à peu près les mêmes, mais plus avouées. La dégénérescence fibreuse a gagné l'enveloppe la plus externe des bronches. Les éléments normaux des parois sont à peine reconnaissables. Il semble, en raison de la répartition des lésions, de leur degré beaucoup plus avancé en dedans de la bronche, que le tissu péribronchique ait été le siège primitif du processus.

Il s'agirait d'une pneumonie interstitielle.

L'AUTOPSIE de la petite fille morte de diphthérie contractée dans les salles montra la réalité de ce diagnostic.

Pour nous résumer, il s'agissait donc d'une dilatation bronchique presque généralisée, cylindrique au sommet, ampolaire dans les lobes moyen et inférieur. Cette dilatation bronchique semblait vraisemblablement due à une broncho-pneumonie chronique, que l'état lardacé du parenchyme pulmonaire rendait manifeste. La pleurésie chronique semblait avoir eu peu de part dans la pathogénie de l'affection. En effet, les adhérences pleurales étaient trop peu abondantes et surtout trop faibles pour avoir été la cause d'une altération semblable. Enfin, l'inflammation chronique des parois bronchiques était évidente à l'examen microscopique.

Chose intéressante, et contrairement à ce qui se passe dans la majorité des cas, nulle part on ne pouvait constater la présence de tubercules. Cette lésion est très rare chez les enfants, facile à confondre avec la tuberculose cavitaire. On pouvait cependant la reconnaître cliniquement, et on en a affirmé la nature pendant la vie à l'aide des trois signes suivants : 1° Unilatéralité des lésions ; 2° absence de fièvre et de diarrhée ; 3° absence de bacilles dans l'expectoration.

19. Rétrécissement mitral pur. — Infarctus anciens du poumon et du rein ; par JARDET.

Les antécédents héréditaires de cette malade sont excellents : son père et sa mère sont morts à un âge avancé. Un de ses frères est mort avec une paralysie ; elle a quatre sœurs bien portantes. Régée à 15 ans, la malade a commencé à souffrir à 20 ans. Pas de rhumatisme articulaire. A la suite d'une vive contrariété, la malade aurait vu ses règles s'arrêter et aurait commencé à voir des fleurs blanches.

Dès ce moment, elle eut de temps en temps des hémoptysies, surtout au moment de ses règles. Depuis une douzaine d'années, la malade tousse presque continuellement ; elle crache peu. Par moment, elle a des accès d'oppression, de dyspnée et de palpitations, quelquefois des crachements de sang assez abondants. Enfin, elle est sujette aux céphalalgies, aux douleurs à l'épigastre et dans l'hypochondre droit.

Quand nous voyons la malade, nous trouvons que l'état général est assez satisfaisant ; l'embonpoint est suffisant. Les pommettes sont un peu rouges et les joues sillonnées de veinosités. Les lèvres sont légèrement bleues. A l'examen de la poitrine, on note que la pointe du cœur bat au-dessous du mamelon, dans le cinquième espace, et que le choc est énergique, mais d'un rythme irrégulier. A l'auscultation, les bruits sont difficiles à suivre. A la pointe, le premier bruit est soufflant et le second dédoublé. A la base du cœur, on perçoit les mêmes bruits qu'à la pointe, mais d'une façon moins intense. Le diagnostic que l'on porte est celui de rétrécissement mitral pur. Le pouls est petit, filiforme, irrégulier. Les poumons présentent à l'examen une sonorité normale, sauf au sommet gauche, où il semble y avoir un peu de matité.

A l'auscultation, on perçoit un peu de rudesse du bruit respiratoire à la base des deux poumons et quelques râles humides, mais fins. La malade n'a jamais eu d'œdème des membres inférieurs, mais quelquefois un peu d'œdème des paupières et des mains. A certains moments, elle a eu quelques brouillards devant les yeux. Pas d'épistaxis. Les urines ne présentent pas d'albumine.

Le 4 janvier, la malade est plus oppressée, elle tousse un peu plus et vomit le soir. Jusqu'au 31 janvier, tout rentre à peu près dans l'ordre. A ce moment, la dyspnée augmente de nouveau, ainsi que les palpitations. On trouve des

symptômes de congestion pulmonaire; la malade a quelques crachats sanguinolents peu abondants qui persistent pendant trois jours, puis deviennent rouillés. A l'auscultation, on trouve une congestion intense à la base des deux poumons. En outre, la malade éprouve de l'insomnie, de la céphalalgie et vomit tout ce qu'elle prend. Enfin, le 3 février, à la suite d'injections de caféine, le calme revient. Depuis cette époque jusqu'au 23 mars, la malade eut deux accès analogues. A partir du 23, l'oppression, l'insomnie, la dyspnée revinrent en même temps que les palpitations. Le 24, l'oppression augmenta et la malade mourut le 25, présentant tous les symptômes de l'asphyxie.

Le 26, on fit l'AUTOPSIE. A l'ouverture de la poitrine, il s'échappe des deux plèvres une grande quantité de liquide clair citrin et absolument séreux. La quantité peut être évaluée à deux litres et demi pour les deux côtés de la poitrine. On ne trouve pas dans les plèvres de caillots fibrineux.

Les poumons contiennent une grande quantité de sérosité spumeuse qui s'échappe à la coupe, bien que le poumon crépite encore. En certains points, on remarque des lobules gris jaunâtres, mous et absolument exsangues, entourés de lobules congestionnés. — Le foie est volumineux. A la coupe, il a l'aspect du foie muscade, et il est en outre gorgé de sang. — Les reins présentent à la surface des dépressions assez profondes, au niveau desquelles la substance corticale a complètement disparu. A ces points, la capsule est épaissie et plus adhérente au rein. — Ces cicatrices semblent résulter de la fonte d'infarctus. Le reste du tissu rénal est sain, mais également gorgé de sang.

La rate est volumineuse, assez résistante et également congestionnée.

Le cœur est très notablement augmenté de volume: il pèse 500 grammes au moment où on le retire de la poitrine. Il est légèrement graisseux à la surface. La paroi ventriculaire gauche est épaissie très notablement, la cavité ventriculaire élargie. L'orifice aortique est normal, les valvules saines. L'aorte est un peu athéromateuse à l'origine. — L'orifice mitral présente des lésions très remarquables. L'anneau d'insertion valvulaire est normal, mais les valves de la mitrale, d'apparence parfaitement saine d'ailleurs, sont accolées l'une à l'autre de façon à ne laisser à leur centre qu'une étroite boutonnière admettant à peine l'extrémité du petit doigt. Vues par le ventricule, les valves se continuent avec de volumineux tendons nacrés et résistants, qui s'insèrent sur les muscles papillaires.

Notons enfin que la valve droite de la valvule mitrale semble un peu dilatée à son centre, qui devait, pendant la vie, être refoulé en forme de dôme du côté de l'oreillette. Cette dernière cavité présente dans l'auricule une inflammation de l'endocarde et une quantité de caillots déjà organisés, rougeâtres, adhérents, véritable nid à embolus. — Les orifices du cœur droit sont sains. L'artère pulmonaire est fortement dilatée au-dessus des valvules. Elle laisse admettre trois doigts facilement.

En somme, nous avons eu affaire à un cas de rétrécissement mitral pur, comme ceux qui ont été décrits par M. Duroziez et rappelés par M. le professeur Hardy. — Rétrécissement qui débute le plus souvent dans le jeune âge, sans rhumatisme ni maladie infectieuse; qui se fait sentir surtout au moment de la puberté, et chez les femmes, où on le rencontre surtout, s'aggraverait à l'occasion d'une grossesse et fera mourir la malade à un âge en général peu avancé.

20. Epithélioma cylindrique de la vésicule biliaire, par Marcel HERMOYEZ, interne des hôpitaux.

M..., Christine, 52 ans, blanchisseuse et alcoolique, entre le 7 janvier 1884, à la salle Louis, hôpital Bichat (service de M. le Dr GOUQUENHEIM), pour des accidents qui ont débuté trois mois plus tôt.

Le 5 octobre, dans la journée, sans émotion, sans colère, n'ayant jamais eu de coliques antérieures, la malade fut subitement prise d'ictère, et en même temps elle éprouva une violente douleur dans le côté droit.

L'ictère dura environ deux mois et demi, soigné en vain par les diurétiques et les alcalins, ictère persistant, avec urines biliphéiques, matières rares et décolorées; il s'accompagna de douleurs lancinantes, intermittentes, siégeant dans les deux hypocondres, revenant surtout la nuit, et n'affectant pas le caractère paroxystique des coliques hépatiques. Trois semaines avant l'entrée, l'ictère disparut, mais les douleurs de ventre augmentèrent peu à peu et se localisèrent exclusivement à l'hypocondre droit, s'accompagnant d'amaigrissement et d'altération notable de l'état général.

À l'entrée, on trouve le ventre gonflé, ballonné; il y a une diarrhée difficile à arrêter. Malgré le volume de l'abdomen, il n'y a pas d'ascite, pas de dilatation veineuse abdominale. La rate est petite. L'examen du foie est difficile; celui-ci remonte un peu haut, semble augmenté en hauteur,

mais pourtant ne déborde pas inférieurement les fausses côtes, de sorte qu'on ne peut sentir ni son bord inférieur, ni sa surface au cas où il y aurait des bouclures. Au creux épigastrique, sonorité normale et pas de douleur. Rien aux poumons ni au cœur.

1^{er} février. La malade maigrit et s'affaisse rapidement; elle prend une teinte terreuse, sans qu'à aucun moment il se produise de l'ictère. Le ventre continue à être extrêmement douloureux dans tout le côté droit et grossit rapidement; matité et fluctuation dénotent une ascite rapidement croissante. Le foie est dur, difficile à palper, mais ne présente aucune bosselure. Cependant, la marche rapide des accidents imposent au médecin le diagnostic de cancer, et l'importance des phénomènes hépatiques du début permettent avec assez de raison de placer la tumeur dans le foie.

5 février. Il y a actuellement 3 à 4 litres de liquide dans le ventre, qui rapidement se tuméfie, contrastant ainsi avec l'amaigrissement des membres. Disparition totale de l'appétit, affaiblissement rapide, œdème périmalloleaire confirment le diagnostic.

7 février. Une ponction amène 5 litres de liquide citrin, sans traces de néo-membranes ni d'hémorrhagies. Après l'évacuation du liquide, on sent nettement dans l'hypocondre droit une masse dure, bosselée, mate, dont la pression produit des douleurs vives, et qui doit être le foie bourrelé de noyaux cancéreux.

13 février. Le liquide se reproduit rapidement. L'amaigrissement progresse encore. La malade ne tousse pas, n'a pas de mouvement fébrile le soir, mais se plaint de douleurs intenses dans la région du foie, qui s'irradient presque dans l'aîne droite.

1^{er} mars. Deuxième ponction amenant 5 litres de sérosité.

11 mars. Troisième ponction : liquide clair, non hémorrhagique. Le liquide étant évacué, la palpation dénote dans tout le côté droit une plaque, un gâteau dur, bosselé, semblant faire suite au foie, et descendant jusque dans la fosse iliaque droite. A ce niveau, la percussion dénote une demi-sonorité, ce qui tendrait à faire admettre une couche très mince de néoplasie reposant sur le paquet intestinal sonore, quelque chose comme un cancer en nappe de l'épiploon.

25 mars. La malade qui, de jour en jour, se cachectise davantage, meurt en vraie cancéreuse, pâle, peau émaciée, avec de l'ascite, des douleurs atroces et une apyrexie complète.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du ventre, après qu'il s'est écoulé 5 à 6 litres d'un liquide clair et citrin, on se trouve en présence d'une masse bosselée, tremblottante, étendue en nappe dans toute la partie gauche du ventre et formée par une accumulation de petits kystes, dont le plus gros atteint à peine le volume d'une noix, et dont le contenu est transparent et clair. Ce gâteau néoplasique, qui n'adhère ni à la paroi abdominale, ni à ce paquet intestinal sous-jacent, n'est autre chose que le grand épiploon transformé.

Le péritoine pariétal n'est pas injecté, mais il présente une quantité de petits kystes clairs, de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une noisette, insérés sur la séreuse : c'est une sorte d'éruption bulleuse, comme un *pemphigus* du péritoine. Mêmes lésions sur tout le péritoine viscéral, sur les parois de l'intestin et de l'estomac, et surtout sur les replis mésentériques; quelques-uns de ces kystes sont appendus au mésentère comme des grains de raisin : leur paroi est mince, transparente et fortement vascularisée. La lésion est surtout marquée sur le revêtement péritonéal des organes génitaux, au point qu'on est tenté de se demander, en voyant l'ovaire droit kystique et gros comme une tête d'enfant, si là n'est pas le siège primitif de la lésion, qui se serait ensuite étendue à tout le péritoine. Or, parmi les kystes innombrables qui constituent le manteau épiploïque, se trouvent quelques parties de tumeurs blanches et dures, qui, à la coupe, fournissent sous le scalpel qui les racle un suc blanchâtre, où le microscope dénote la présence de boyaux d'épithélium cylindrique, formés à la périphérie de cellules allongées, accolées régulièrement les unes aux autres, et au centre, de cellules à gros noyaux, renfermant de nombreux nucléoles brillants et subissant déjà dans les parties les plus centrales, un commencement de dégénérescence graisseuse. Donc, il s'agit ici d'un épithélioma cylindrique secondaire, ayant subi la transformation kystique, et dont il reste à chercher l'origine. L'examen des viscères nous donnera certainement la clef de ces lésions. Les organes thoraciques sont intacts. — La rate est petite.

Les reins, anémiés, sont légèrement atrophiés dans leur portion médullaire, mais ils ne renferment pas de parois cancéreuses. Le foie centralise toutes les lésions. Il n'est pas augmenté de volume, sa surface est lisse et adhérente au péritoine périhépatique épaissi, rugueux et parsemé de travées de néo-membranes. À la coupe, le foie est dur, coloré par le hile et piqueté comme un foie muscade; on y

trouve un noyau cancéreux, blanchâtre, de la grosseur d'une noix, et deux kystes, dont l'un, gros comme une pomme d'api, présente un contenu clair et une paroi mince, blanche, n'ayant déterminé à son voisinage aucune sclérose du parenchyme. C'est dans les parois de la vésicule biliaire que le premier cancer en date a pris naissance; c'est de là qu'il a rayonné vers le foie d'abord, vers le péritoine ensuite; c'est ce qui nous explique pourquoi nous sommes ici en présence d'un épithélioma cylindrique.

Les parois de la vésicule biliaire sont épaissies et formées d'une masse molle, blanchâtre, pulpeuse, semblable au nodule carcinomateux intra-hépatique; cette masse est ramollie en son centre et renferme de petits calculs irréguliers de cholestérine; la présence de ces calculs et la perméabilité persistante du canal cholédoque peuvent nous faire comprendre les accidents initiaux d'ictère, produits alors par une simple lithiase biliaire, et la disparition ultérieure de ce symptôme, lorsque ces calculs ayant désormais été immobilisés dans la tumeur cancéreuse, les voies biliaires vibrent alors béantes. Cette vésicule biliaire cancéreuse s'entoure d'une inflammation chronique du péritoine, qui a produit quantité d'adhérences au milieu desquelles elle est enfouie, et où il faut longuement la rechercher pour la découvrir.

En somme, la marche des accidents est bien simple: épithélium cylindrique primitif de la vésicule biliaire, propagé au foie et généralisé dans tout le péritoine.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la transformation kystique de la tumeur secondaire, qui perd absolument tous ses caractères pelviens pour former comme un amas de bulles de savon étendu à la surface des viscères; c'est surtout sa généralisation rapide à tout le péritoine, dont aucune portion n'est visitée, et qui présente dans tous ses points une éruption bulleuse étrange, nous dirions pemphigoïde, si ce mot n'éveillait une idée de causalité toute spéciale qui n'a rien à voir avec notre tumeur abdominale.

20. Epithélioma du sinus maxillaire. — Exophtalmie, perte de l'œil; par RIBAIL, interne des hôpitaux et PEUGNIEZ, externe.

La nommée L..., Eugénie, âgée de 34 ans, chapelière, sans antécédents pathologiques connus, sans hérédité, est entrée à l'hospice d'Ivry, le 2 mars 1883, présentant les phénomènes suivants :

Après un accouchement normal et sans suites, qui a eu lieu il y a deux ans, la malade avait commencé à s'apercevoir que sa vue baissait, surtout à gauche, puis peu à peu la vue a disparu complètement de ce côté. A ce moment, l'œil a commencé à saillir de son orbite. Puis peu à peu la vue a aussi disparu à droite et, depuis trois mois, la cécité est complète.

Dès ce moment, il y avait des douleurs de tête à exacerbations nocturnes, qui ont pris depuis quelques jours une intensité plus grande, nécessitant l'entrée de la malade à l'infirmerie de l'hospice.

Le 3 mars 1883, la malade se présente à l'examen avec une intelligence affaiblie, ne permettant pas d'obtenir d'elle des renseignements bien précis. La langue n'est ni déviée ni paralysée; d'ailleurs, il n'y a de paralysie d'aucun côté.

L'œil gauche est en exophthalmie prononcée, la sclérotique est très apparente; il n'y a pas de déviation de l'œil, la pupille répond bien aux excitations lumineuses.

L'exophthalmie n'est pas réductible; du côté de l'œil droit, pas d'exophthalmie. Déjà, à cette époque, l'odorat paraissait affaibli.

A cette époque, ce qui domine donc, c'est une exophthalmie pure de l'œil gauche, avec perte de la vue, sans goitre ni palpitations. On porte le diagnostic de tumeur de l'orbite.

En juillet 1883, l'œil, sous l'influence de l'action de l'air prolongée, par suite de l'impossibilité de clore les paupières, se vide et ne se présente plus que sous l'aspect d'une masse bourgeonnante et rouge. A cette époque aussi, l'œil droit commence à saillir hors de son orbite. Le 19 novembre 1883, attaque épileptiforme bien constituée, qui ne s'est renouvelée qu'une fois en décembre.

Lors de notre arrivée dans le service, le 1^{er} janvier 1884, nous avons trouvé la malade dans l'état suivant :

Immobilité ou presque dans son lit. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose; l'œil gauche se montre sous l'aspect d'un bourgeon rouge, dévié en bas; au-dessus, la paupière supérieure fait une énorme poche avec la peau très amincie, sillonnée de veines nombreuses. On constate facilement une fluctuation très nette et on porte alors le diagnostic de sarcome de l'orbite.

L'œil droit est aussi en légère exophthalmie.

Le 20 mars, subitement, la tumeur sus-oculaire se vide à la suite d'une épistaxis assez abondante; depuis, l'écoulement sanguin se continue goutte à goutte, amenant l'affai-

blissement rapide, que ne pouvait combattre le Todd, unique aliment qu'absorbait la malade. — Mort le 27 mars.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — Tumeur. Dans le sinus maxillaire gauche, tumeur de la grosseur d'un fort œuf de pigeon, accolée à la voûte du sinus à laquelle elle adhère fortement; à la partie postérieure, elle se continue avec le corps du sphéroïde, qui présente au niveau une exostose à aspérités, probablement envahie par le néoplasme. La tumeur a l'aspect d'un encéphaloïde.

La paroi interne du sinus n'existe plus; il y a à ce niveau une énorme cavité de 6 centimètres dans tous les sens, remplie de sang coagulé et de liquide chocolat, cavité formée par les deux sinus maxillaires réunis et par les fosses nasales.

Si on coupe la tumeur, on arrive sur ce qui fut la paroi inférieure de l'orbite, qui est complètement détruite à gauche; il n'y a plus à ce niveau qu'une lame fibreuse. Dans l'orbite même, il existe à la partie postérieure une petite tumeur faisant suite à la grosse, sans ligne de démarcation et de la grosseur d'une petite noisette.

A la partie supérieure de l'orbite, il existe une cavité dans laquelle on trouve encore quelques caillots; c'est le vestige de la poche qui produisait cette énorme tumeur fluctuante au-dessus de l'œil.

Le reste de l'orbite est rempli par du tissu graisseux, au milieu duquel on retrouve les muscles moteurs de l'œil. L'œil lui-même est réduit à un moignon gros comme une petite noisette et rejeté à la partie inférieure. Sur une coupe, on le voit formé par deux petites masses noires, séparées et enveloppées par une coque blanche d'aspect fibreux.

Le nerf optique gauche est complètement atrophié, réduit à un ruban.

Du côté droit, l'atrophie est moins marquée. L'œil droit est en légère exophthalmie causée par l'épanchement sanguin de la cavité que nous avons décrite, cavité dont la paroi formée par le plancher orbitaire droit est ramollie.

A l'examen microscopique, on constate d'abord que le grattage de l'œil donne de nombreuses cellules fusiformes à noyau, représentant les débris du corps vitré modifiés. Le raclage de la tumeur donne de nombreuses cellules pavimenteuses kératinisées, à noyaux et pigmentées, simulant absolument les cellules de l'épiderme qui seraient pigmentées; en plus, on trouve des cellules rondes se colorant fortement par le carmin.

Quelques-unes des cellules épithéliales montrent nettement la dégénérescence muqueuse.

Sur les coupes, la tumeur examinée à un faible grossissement (Obs. III, ocul. V. Hartnack), montre un épithélioma diffus parcouru par des travées fortement colorées en rouge; en certains points, l'épithélioma se montre sous forme d'îlots; enfin, on trouve par-ci par-là des globules sanguins.

A un plus fort grossissement (Obs. VII, oc. 2), les cellules épithéliales se montrent avec les caractères dont nous avons parlé plus haut; elles sont réunies sans ordre, sauf en plusieurs points, où elles se réunissent en lobules, et en quelques autres, où elles forment des globes épidermiques encore incomplètement formés. Les travées rouges sont formées de tissu fibreux à tous les degrés d'organisation, mais où domine le tissu embryonnaire. Enfin, par place, il existe des îlots formés d'une matière amorphe, uniformément colorée en rouge vif, probablement formés de substance muqueuse. Quant aux espaces remplis de sang, les uns sont de simples lacunes formées par des épanchements sanguins interstitiels, d'autres sont bornés par une zone embryonnaire et sont situés dans les travées embryonnaires déjà décrites. En résumé, nous sommes en présence d'une tumeur épithéliale qui a, cliniquement, au début, simulé une tumeur de l'orbite. L'évolution consécutive a fait penser à une tumeur intracrânienne; enfin, l'examen anatomique a permis de constater qu'on avait affaire à une tumeur du sinus maxillaire, tumeur épithéliale développée aux dépens de la muqueuse de cette cavité, ce qui nous est prouvé par l'examen histologique en plus de l'examen macroscopique, car on sait qu'il est de règle que les cellules de l'épithélioma des tumeurs, développées dans les fosses nasales et leurs dépendances, se kératinisent.

21. Organes constituant le hile du foie. — Mort par hémorrhagie avec des signes d'hépatite parenchymateuse.
par Paul BERBEZ, interne des hôpitaux et Henri BERBEZ, étudiant en médecine.

Le nommé Alfred Doré, âgé de 39 ans, cultivateur, entre le 5 février 1884 (service de M. FERRAND), suppléé par M. GINGEOT.

Le père du malade est mort à 64 ans, d'une grosseur dans le ventre, à ce que raconte son fils.

La mère est morte à 72 ans; elle habitait un pays mal-

sain et avait assez fréquemment des accès de fièvre intermittente.

Plusieurs frères et sœurs sont morts à la suite d'accidents. Le malade lui-même n'a jamais eu de maladie grave. A 14 ans, il a eu la rougeole. Jamais d'affection syphilitique. Jamais de colique hépatique. Pas de fièvres intermittentes. Il a été réformé autrefois pour une petite taie congénitale peut-être, qu'il a en face de la pupille, dans l'épaisseur de la cornée.

Le 18 janvier dernier, le malade, qui venait d'être abandonné par sa femme, quitta son pays (la Picardie) pour venir chercher de l'ouvrage à Paris. Il est venu à pied, faisant en moyenne huit lieues par jour, sans argent, couchant dans les postes et quelquefois dehors. C'est en arrivant à Paris qu'il a commencé à jaunir. Une fois arrivé, il a placé au dépôt son enfant, âgé de 10 ans, qui l'avait accompagné dans son voyage, et il est entré à Laënnec, où nous le trouvons dans l'état suivant : C'est un homme vigoureux d'aspect, pas amaigri le moins du monde, dont tout le tégument présente une teinte jaune des plus foncées. La jaunisse, qui a atteint presque d'emblée son maximum de coloration, date de cinq jours seulement. Cependant, le malade a déjà le pouls considérablement ralenti (55 pulsations à la minute). Il présente aussi un prurigo manifeste. Le malade se gratte continuellement. Le foie semble gras à la percussion ; toute la région qui lui correspond est douloureuse et comme tuméfiée.

L'examen du tube digestif ne présente rien de bien remarquable, si ce n'est un état saburral très marqué ; la langue est sale. Le malade, néanmoins, a assez bon appétit. On le met au régime lacté et on le purge avec 45 grammes d'huile de ricin. Les fonctions digestives s'exécutent assez bien. Pas de vomissements, pas de digestions pénibles. Une fois, cependant, le malade nous dit qu'il a comme un poids au niveau de la région épigastrique. Rien de saillant du côté de l'intestin. Pas de diarrhée. Dès le 1^{er} juin, les garde-robes sont absolument décolorées.

Rien au cœur, si ce n'est une diminution considérable du nombre des battements. Rien au poumon. Les reins fonctionnent assez bien. Les urines rendues sont franchement ictériques et vert bouteille ; elles sont plutôt diminuées de quantité.

Le système nerveux est peu touché. Néanmoins, le malade est apathique, un peu indifférent, optimiste même. Il va bien, mais n'aime pas à se donner de mouvement. Il se lève le moins possible ; cependant, à la contre-visite du

soir, nous le voyons souvent levé et se promenant dans la salle.

Le surlendemain de l'entrée, le malade, purgé comme nous l'avons dit plus haut, va à la selle 7 ou 8 fois, sans que le lendemain la teinte jaune soit diminuée en quoi que ce soit. Après quelques jours de repos et de régime lacté, nous lui faisons donner tous les matins un verre d'eau de Sedlitz; la teinte jaune ne diminue pas, mais elle est influencée par les émotions. Le petit garçon du malade vient le voir; le lendemain et déjà dans la soirée, on peut voir que la teinte ictérique est moins foncée.

18 février. On fait appliquer une vessie de glace sur la région. On sent le bord tranchant descendre à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

19 février. Les garde-robes sont toujours décolorées; le malade n'a pas de xanthopsie. Quelques pointes de feu sont appliquées au niveau du foie.

25 février. Les choses sont absolument dans le même état. Démangeaisons vives à la peau. Pas de vomissements. On donne 1 gramme d'iodure de potassium.

29 février. Les purgations sont inutiles; l'ictère prend une teinte vert bouteille foncée. Les garde-robes sont toujours aussi décolorées.

Trois jours avant sa mort, le lundi 24 mars, le malade, qui ne se levait plus depuis 2 jours, a été pris de selles marc de café; la quantité de matières rendues a été considérable. D'après la fille de salle, elle se serait élevée à deux cuvettes de toilette. Cette perte de sang a beaucoup affaibli le malade.

Dans la nuit du 24 au 25, nouvelle hémorrhagie.

Le 25, le malade a de l'hématémèse; il vomit environ 250 grammes de sang en nature, assez rouge. Après quelques heures de sommeil, il vomit du marc de café. Le malade, à qui on fait inutilement sucer de la glace et ingérer des potions à l'ergotine et à l'extrait de ratanhia, succombe dans la nuit du 25 au 26, après une nouvelle hématomèse.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — Le cadavre présente la teinte ictérique du début de la maladie. Rien au thorax. Les poumons sont absolument sains, de même que le cœur, qui a le poids et le volume normaux. Tout l'intérêt se porte sur l'abdomen.

À l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une assez grande quantité de liquide ascitique. Le foie, pesant 1800 grammes, se présente à nous avec la teinte ordinaire de la cirrhose biliaire; il présente une teinte foncée vert bouteille; il est

augmenté, mais pas d'une façon très manifeste ; sa consistance est plutôt diminuée qu'augmentée. Traces de périhépatite à l'œil nu tout autour de la vésicule biliaire ; ça et là des ilots blancs nacrés à la surface du viscère. A la loupe, exagération de la disposition visible à l'œil nu. En enlevant le foie, l'externe sentant une assez grande résistance, fait une incision au milieu d'une masse épaisse de noyaux carcinomateux, qui s'étend de l'estomac au hile du foie. Malgré cette incision malencontreuse, on peut voir que le pancréas, dont le canal excréteur est très dilaté et a pris le volume de deux plumes d'oie ordinaires, est envahi par la dégénérescence cancéreuse, et que c'est lui qui, de la petite courbure de l'estomac, se porte au hile du foie. En renversant le foie sur sa face convexe, on voit que les organes du hile sont comprimés en masse par une grosse tumeur à l'aspect lobulé, à consistance dure. Cette tumeur, qui se continue avec le pancréas à gauche, est située en avant du sillon transverse ; la veine porte, en allant d'arrière en avant, n'est pas trop comprimée ; elle ne présente aucun rétrécissement de calibre.

L'artère hépatique traverse la tumeur sans y adhérer beaucoup, puisque de simples tractions, aidées de quelques coups de scalpel, ont suffi pour la dégager. Les canaux biliaires ont plus souffert.

La vésicule biliaire, d'un blanc nacré, à parois épaissies, flasques cependant et ridées, a un col très allongé et très flexueux. Ce col est subitement rétréci par une masse cancéreuse grosse comme une olive, qui appuie sur le point où les canaux excréteurs des deux lobes du foie se réunissent pour constituer le canal hépatique. Un coup de scalpel involontaire nous a prouvé que la vésicule ne contenait plus de bile, mais bien une sorte de mucus jaunâtre et visqueux analogue à celui qui recouvre la pituitaire. Introduisant un stylet par cette boutonnière, nous vîmes que le passage était complètement obturé. Les conduits excréteurs de chaque lobe du foie ont acquis un diamètre d'au moins 1 centimètre $1/2$ à 2 centimètres. Là il y a de la véritable bile qui, depuis longtemps, ne reflue plus dans la vésicule biliaire. On peut voir que tous les canaux hépatiques suivis dans le parenchyme sont considérablement dilatés. Par conséquent, la compression porte sur les conduits biliaires, principalement celle qui a obturé les canaux hépatiques et cystiques. La section malheureuse qui a entamé ne nous a pas permis de voir dans l'ampoule de Water ce que devenaient les canaux hépatiques de Wirsung. Néanmoins, le duodénum a sa muqueuse absolument in-

tacte. En suivant le pancréas, on voit son tissu épaissi et lardacé aboutir au niveau de l'orifice postérieur de l'estomac à une énorme tumeur du volume du poing et même plus, qui soulève la paroi de l'estomac et se continue manifestement avec le pancréas. En fendant l'estomac le long de son bord inférieur, on voit faire saillie, dans la cavité de l'estomac, un gros chou-fleur ulcéré, de consistance molle, se déchirant sous un simple filet d'eau. Cette tumeur, qui s'étend beaucoup en surface, occupe toute la petite courbure, une partie de la face antérieure et une partie de la face postérieure. Les deux orifices du cardia et du pylore sont indemnes. En dehors de la tumeur, la muqueuse gastrique ne présente pas d'altération particulière.

Les ganglions lombaires forment une grosse masse cancéreuse en avant de la colonne vertébrale.

Le pancréas ne semble pas envahi dans toute son étendue; la partie moyenne est à peu près intacte macroscopiquement tout au moins. L'induration est plus marquée au niveau du hile de l'organe. Nous n'avons pas trouvé de cancer dans les autres points de l'économie.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a semblé intéressante à plusieurs points de vue : 1° D'abord, cette énorme tumeur est restée inaperçue, grâce au manque de symptômes gastriques ; 2° la compression des canaux de la bile a simulé, dans une certaine mesure, l'hépatite parenchymateuse ; 3° cette même compression a réalisé naturellement les expériences de MM. Gombault et Charcot, ainsi que celles de Hanot. La compression a agi là comme une véritable ligature du canal cholédoque.

La tumeur, telle qu'elle existait, pouvait difficilement être diagnostiquée. En effet, l'exploration directe ne révélait rien. La situation profonde de la tumeur ne permettait pas de la faire soupçonner à l'aide de la percussion ; la rénitence et la matité transversales étaient naturellement mises sur la maladie hépatique. D'un autre côté, les symptômes fonctionnels étaient nuls ; le malade mangeait avec appétit ; il n'a vomi que très tard, et le lait qui constituait son unique nourriture était bien toléré.

Il n'avait pas de douleurs épigastriques ; il avait une teinte ictérique qui masquait la teinte jaune paille.

Il n'avait point d'irradiations douloureuses du côté de la colonne vertébrale. Il n'a pas eu, pour ainsi dire, de cachexie cancéreuse.

La décoloration des selles s'expliquait suffisamment par l'absence de bile dans l'intestin. Le pancréas ne semblait pas en cause le moins du monde; les selles n'ayant pas été grasses un seul jour.

Dans une certaine mesure, nous avons cru que nous avions affaire à l'atrophie jaune du foie à marche lente, car nous avons des hématémèses et des mœlena. A la rigueur, nous aurions dû avoir, dans l'hypothèse précitée, des épistaxis abondantes, des pétéchies, des hémorrhagies ayant leur siège moins près du lieu malade. Nous aurions dû avoir de la fièvre, des vomissements alimentaires et bilieux. Ces symptômes ont fait défaut, mais on pouvait penser à une forme insidieuse précédant les phénomènes plus graves de l'ictère essentiel. Quant à ce qui est des lésions microscopiques, nous n'avons pu les constater encore, mais nous nous promettons de faire les coupes qui nous permettront de voir où en sont les cellules hépatiques.

En résumant la question, nous pensons donc qu'il s'agit là d'un cancer encéphaloïde à marche rapide, mais à symptômes latents, qui de l'estomac a gagné le pancréas et les conduits biliaires. Il est curieux aussi de voir combien l'organisme s'est montré tolérant pour cette production énorme. Un voyage de 70 lieues à pied a été possible, mais a dû donner un coup de fouet au développement de la tumeur et à l'envahissement des organes voisins.

22. Tuberculose pulmonaire et surénale. — Maladie d'Addison; par M. TISSIER, interne des hôpitaux.

La nommée C. Viernard, âgée de 34 ans, couturière, originaire du Pas-de-Calais, entre le 17 mars 1884, au n° 13 de la salle Sainte-Claire (service de M. SIREDET).

Son père était mort poitrinaire neuf ans auparavant. Sa mère, cinq sœurs et deux frères sont en bonne santé. Jamais elle n'eut d'enfant ni de fausse couche. Bien réglée depuis l'âge de 17 ans, elle a cessé de voir ses règles au mois de mai dernier (1883), et ne les a plus eues depuis lors. C'est à dater seulement de cette époque, que cette jeune fille, toujours bien portante jusque-là, est devenue malade. Elle a peu à peu et progressivement de plus en plus toussé, craché, et surtout maigri et déperit de toutes façons. Jamais elle n'a présenté d'hémoptysie, mais elle a souvent et abondamment saigné du nez. Les vomissements

revenaient à tout propos, matin et soir, avant comme après le repas, vomissements muqueux et alimentaires, quelquefois composés de bile, jamais teintés de sang. Ces vomissements revenaient à peu près tous les jours, en moyenne cinq à six fois, et causaient de violentes douleurs qui s'irradiaient par tout le ventre, et persistaient, avec redoublement d'acuité à certaines heures, pendant toute la journée. Mais ce qui surtout dominait dans son état, c'était, au dire de tout son entourage, bien plus que l'amaigrissement, la toux et les désordres gastriques, l'alongissement profond dans lequel était plongée la malade, et qui la rendait de jour en jour moins capable de s'occuper de ses travaux et d'elle-même, et la faisait presque indifférente à ses propres souffrances. On ne manquait pas d'attribuer une telle langueur à des chagrins intimes dont la malade ne voulait pas faire la confidence. C'est dans ces conditions que nous reçûmes la malade.

Etat actuel. — Elle est gisante dans son lit, accablée de fatigue sans avoir rien fait, insouciante de tout ce qui se passe autour d'elle, les yeux demi-clos, la tête à l'abandon, les membres éparés, dans un collapsus extrême. A peine peut-elle répondre aux questions dont on la presse; sa voix est lasse, presque éteinte; le moindre déplacement, les simples mouvements respiratoires un peu profonds lui sont pénibles et lui causent une véritable souffrance. Elle ne se plaint que de douleurs de reins, s'étendant par instant à tout le ventre en ceinture et gagnant les membres inférieurs jusqu'à la pointe des pieds. Ces douleurs pseudo-névralgiques n'occupent pas de trajets nerveux nettement déterminés. Avec ces crises douloureuses existe une hypéresthésie de toute la surface cutanée, telle que le moindre frôlement de la peau est ressenti comme une douleur aiguë. Pas d'hypéresthésie sensorielle correspondant à cette hypéresthésie cutanée. Les douleurs épigastriques durent encore, mais depuis deux à trois jours avant l'entrée à l'hôpital, les vomissements ont cessé et n'ont plus reparu. Pas de diarrhée ni de constipation; selles régulières. Légère ascension fébrile de la température, montant à 38°,8.

En examinant successivement tous les grands appareils, nous trouvons une matité prononcée au sommet gauche de la poitrine et surtout en arrière. En ce même point, la respiration est fortement soufflante et entremêlée, si l'on fait tousser, d'un grand nombre de râles sous-crépitaux fins. Du côté droit, la respiration est plus rude qu'à l'état sain. On entend beaucoup moins facilement qu'à gauche les cra-

quements humides que de profondes respirations peuvent cependant révéler.

Aux deux bases, ni l'auscultation ni la percussion n'indiquent rien d'anormal. L'examen des crachats, suivant la méthode d'Erlich, montre un grand nombre de bâtonnets tuberculeux.

Les battements du cœur sont réguliers et les bruits valvulaires parfaitement normaux. Le ventre n'est pas météorisé; le foie est plutôt petit, la rate est de dimensions moyennes. Aucune tumeur ni empâtement dans les fosses iliaques, et le toucher vaginal fait reconnaître la mobilité de l'utérus, l'intégrité du col et la souplesse des culs-de-sac. Pas d'hypertrophie ganglionnaire, L'urine, rendue en quantité habituelle, ne contient ni sucre ni albumine. Il n'y a d'ailleurs pas d'œdème.

Ainsi, nous avons affaire à une tuberculeuse peu avancée, qui se trouvait dans un épuisement nerveux tout à fait insolite dont rien, jusqu'à présent, ne donnait l'explication. Le soupçon d'une sorte d'anémie pernicieuse ou de leucocythémie avait été dissipé par la numération des globules qui fit compter 3,500,000 hématies par millimètre et reconnaît la proportion de 1 globule blanc pour 250 à 300 rouges. Mais un symptôme, dont nous n'avons encore rien dit, cependant constaté dès le début, avait fait prévoir à M. Siredey, avant tout examen, le diagnostic qu'il fallait affirmer : ce symptôme était la coloration particulièrement bistrée des téguments. La malade, d'après son propre récit, était auparavant blanche et rosée de peau; depuis quatre mois, peu à peu elle a bruni, au point que tout le monde autour d'elle s'est aperçu du changement et remarquait qu'elle devenait comme une mulâtresse.

La teinte foncée a toujours été plus accusée à la face, aux mains et aux poignets. Elle est à présent brune sur tout le corps, comme fumée; cette coloration est générale et uniforme, sauf à la face et sur les mains, où la pigmentation est plus accusée. Cependant, sur le ventre et les cuisses, le fond noirâtre est tigré de taches ovalaires plus brunes encore, parsemées, au nombre d'une quarantaine peut-être et larges comme de grosses lentilles. De plus, à la face et sur le cou, nous notons une quinzaine de points pigmentés, tout à fait noirs, gros comme des têtes d'épingles et ressemblant le plus à des éphélides mélaniques. — Les aréoles des seins et la ligne blanche ne présentent pas de pigmentation particulière. Partout la peau est humide et souple et ne rappelle en rien la sensation de sécheresse et l'aspect squameux de la peau des cachectiques. Les ongles,

les dents, les cheveux et les poils ont conservé leur coloration propre. — Enfin, en faisant ouvrir la bouche, sur la voûte palatine, immédiatement en arrière de l'arcade dentaire, sur la surface concave du rebord des alvéoles, apparaissent de petites taches noirâtres marons occupant la muqueuse située en arrière et au-dessus des grosses molaires, sur les parties latérales et au-dessus des incisives à la mâchoire supérieure.

M. Siredey, tenant compte de la fièvre, de l'anéantissement profond de la malade et de la durée des accidents, annonça une prochaine terminaison fatale. En effet, la malade était entrée le 17 mars; elle mourut le 26 au matin, n'ayant pas présenté de phénomènes nouveaux, significatifs. La fièvre continua, il y eut quelques vomissements et du hoquet les derniers jours, et la mort survint sans accidents, la malade s'éteignit simplement.

AUTOPSIE, le 27 mars, 24 heures après la mort. — Les *poumons* sont parsemés de granulations jaunes aux deux sommets. De plus, au sommet gauche, deux ou trois caverneuses de très petite taille.

Le foie, la rate, le cœur sont remarquablement sains. De même l'estomac, ce qui est à noter, étant connus les vomissements incessants dont avait été tourmentée la malade durant sa vie. Du côté du petit bassin, presque rien. Il n'y a que des adhérences très molles, très lâches et très rares dans la cavité rétro-utérine.

Reins : Le rein gauche est adhérent par son extrémité supérieure à la queue du pancréas. Entre ces deux organes, rein et pancréas, mais en dehors de la capsule rénale, on voit des masses caséeuses, renfermant de petites collections de pus, coiffer le rein. Ces masses jaunâtres, de consistance mollassse, sont les seuls représentants de la capsule surrénale dont on ne retrouve pas de traces.

Du côté droit, le rein est également surmonté d'une masse caséeuse, en forme de casque, d'où la pression fait sourdre des filets de pus. L'examen, au point de vue bacillaire, de ces amas caséifiés n'a pas été probant. Répété par M. Jarret, dans le laboratoire de M. Cornil, il n'a pas donné de meilleurs résultats. Quelques ganglions nerveux et filets sympathiques du plexus surrénal ont été soigneusement recueillis par M. le D^r Armand Siredey et conservés dans l'acide osmique, pour être au plus tôt étudiés au laboratoire des hôpitaux.

23. 1° Hermaphrodisme; 2° Anomalie de la veine cave; 3° Processus sus-épicondylien. — Rapport sur la candidature de M. JONATHAN HERCHINTON fils, au titre de correspondant par le Dr Ch. FÉLÉ.

M. Jonathan HUTCHINSON fils, de Londres, me prie de présenter à la Société à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, trois pièces relatives à des anomalies anatomiques.

1° La première est un exemple d'une forme d'hermaphrodisme auquel M. Hutchinson réserve la dénomination de « transverse hermaphroditisme » dont Bouillaud a rapporté un cas dans le *Journal hebdomadaire de médecine* (T. X, p. 406). Les organes génito-urinaires internes et externes ont une forme normale; mais tandis que les parties extérieures représentent à peu près correctement les organes mâles, bien qu'il existe un certain degré d'hypospadias et que le frein fasse défaut et les testicules manquent, les parties internes, au contraire, reproduisent les formes normales des organes féminins. L'utérus, les ligaments larges, les ovaires, sont bien conformés et dans leurs rapports normaux. Mais le vagin entre dans un corps charnu qui, par sa forme, peut être considéré comme prostaté, et il s'abouche dans l'urèthre. Si cet enfant qui a succombé à l'accouchement prolongé avait vécu, on aurait pu le considérer comme appartenant au sexe masculin, et rester, sans défiance, jusqu'à l'établissement des menstrues dont l'écoulement se serait fait sans doute par l'urèthre. L'observation de Bouillaud ne contient aucun détail sur ce point; mais Petit a été consulté par un homme qui s'était marié mais n'avait pas d'enfants, et qui tous les mois rendait du sang par l'urèthre. Il s'agit donc là d'une anomalie des plus intéressantes.

2° Sur 160 cadavres, M. Hutchinson n'a trouvé qu'une seule fois cette anomalie de la veine cave: les deux veines supérieures sont réunies par une petite branche transversale; la veine gauche prend dans le péricarde la direction du canal de Marshall.

3° La troisième pièce nous montre un exemple assez rare du *processus supra condyloïdien*, auquel est resté attachée une partie du tendon du rond pronateur. La saillie qui le constitue occupe bien le siège ordinaire, tel du moins qu'il a été décrit en particulier par M. Leboucq (de Gand) qui a fait un travail très important sur les différentes variétés des formes de cette anomalie peu connue en France car, autant que je sache, elle n'a été guère signalée chez

nous que par Deville et Marcellin Duval ; dans ce dernier cas, elle rappelait de plus près le canal sus-épicondylien des carnivores.

24. M. FÉRÉ présente une disposition anormale du lobe temporo-sphénoïdal : c'est un pli de passage sphéro-temporal. M. Féré se propose de revenir plus tard sur ce sujet.

25. Lipôme de la face interne du bras droit ; par A. FÉSTAL, interne des hôpitaux.

La nommée Croisée, Christine, âgée de 43 ans, entre le 23 décembre 1883 (service de M. Reynier) à l'hôpital Saint-Louis, salle Denouvilliers, n° 70, pour un abcès froid de la cuisse droite lié à une carie superficielle du grand trochanter. En examinant la malade, on découvre, à la partie supérieure et interne du bras droit, une tumeur retombant comme une besace et reliée au bord interne du biceps par un pédicule mince et aplati d'avant en arrière, dont la ligne d'insertion mesure environ 6 cent. de longueur.

La peau de la région se prolonge sur elle en conservant ses caractères normaux, sauf quelques veines superficielles, assez volumineuses qui la sillonnent et convergent vers le pédicule. Une petite ulcération s'est formée à son extrémité inférieure ; elle est due aux frottements répétés dont ce point est plus particulièrement le siège depuis que la malade garde le lit. Une croûte noirâtre recouvre cette excoriation.

La tumeur est lourde ; la palpation révèle une consistance assez grande avec quelques petits noyaux très durs disséminés par places ; en certains endroits, on sent dans son épaisseur des cordons donnant aux doigts l'exacte sensation de vaisseaux oblitérés et devenus fibreux.

Dans le pédicule on trouve aussi des cordons arrondis, volumineux, résistants et en partie isolables les uns des autres. Une forte compression ne les aplatis pas et ne modifie en rien le volume de la tumeur.

C'est à l'âge de 14 ans que la grosseur s'est montrée ; sessile d'abord, elle s'est accrue lentement et progressivement sans déterminer ni douleur, ni gêne dans les mouvements du membre. Sept ans après son début, elle avait acquis le volume d'un gros œuf ; c'est alors qu'elle a commencé à se pédiculiser. A chaque époque menstruelle elle

devenait le siège d'une certaine tuméfaction. Depuis cinq ans elle est restée stationnaire.

Le diagnostic est hésitant entre un fibro-lipôme et un lipôme télangiectasique dont les vaisseaux seraient oblitérés par des dépôts calcaires.

Le 26 mars, M. Reynier enlève la tumeur après avoir traversé le pédicule en deux points, et fait deux ligatures en masse pour prévenir l'hémorrhagie possible dans le cas où les cordons durs du pédicule seraient des vaisseaux. Le bistouri ne rencontre que du tissu adipeux disposé en faisceaux; quelques artérioles de la peau donnent seules un peu de sang. La plaie résultant de l'ablation de la tumeur est linéaire et on fait la réunion immédiate.

La tumeur enlevée pèse 620 grammes; elle mesure 16 cent. de long et 22 cent. de circonférence.

Une coupe longitudinale la montre formée de tissu adipeux, jaunâtre, disposé en faisceaux variant du volume d'une plume d'oie à un goulot de bouteille. Chacune de ces colonnettes est enveloppée dans une mince gaine de tissu fibreux qui l'isole de ses voisines. Elles sont ainsi juxtaposées, parcourent la tumeur suivant son grand axe et se terminent en fuseau à l'extrémité inférieure. Du côté du pédicule, les plus volumineuses s'arrêtent, les plus grêles, au contraire, le traversent pour venir se fixer à son point d'implantation. Ce sont ces faisceaux arrondis et résistants qui roulaient sous le doigt comme des cordons, en donnant la sensation de gros vaisseaux plus ou moins oblitérés.

Sur une coupe transversale on voit des lobules répondant à la section des faisceaux, séparés de même les uns des autres par de fines cloisons fibreuses, et faciles à isoler avec un instrument moussé.

Dans l'intervalle de quelques lobules sont disséminés des dépôts calcaires qu'on sentait comme des noyaux durs à travers la peau.

La tumeur tout entière est enveloppée d'une mince atmosphère de tissu fibreux, et c'est de sa face profonde que se détachent les cloisons passant entre les différents faisceaux et les isolant de leurs voisins.

Un des lobules rencontré par la coupe transversale, plus ferme que les autres, a une coloration rougeâtre qui le rapproche comme aspect d'un ganglion lymphatique; mais une coupe suivant l'axe longitudinal du faisceau auquel il appartient, montre que cette teinte plus foncée s'atténue insensiblement et se confond bientôt avec la coloration générale.

REFLEXIONS. — Cette pièce nous a paru intéressante surtout à deux points de vue :

1° La tuméfaction dont elle devenait le siège au moment des règles;

2° Le passage à travers le pédicule, sous forme de cordons isolables, de quelques-uns des faisceaux qui la constituent.

Ces deux faits pouvant suggérer l'idée d'une tumeur vasculaire, et entraîner, ainsi que cela a eu lieu, des modifications dans le manuel opératoire-

26. Dégénérescence kystique des reins ; par M. CHÉRON,
interne des hôpitaux.

Le nommé X..., âgé de 43 ans, était couché salle 2° gauche, hôpital Tenon, dans le service que prit, au 1^{er} janvier, M. le Dr Ducastel. On n'eut pas le temps d'examiner à fond le malade, dont la pancarte portait le diagnostic de *phtisie pulmonaire*, et il succomba au bout de quelques jours dans le coma et sans avoir présenté de vomissements.

A l'autopsie, on trouva que les deux reins avaient subi une dégénérescence kystique complète. Le droit pesait 460 grammes, le gauche 420. La surface et la coupe se montraient parsemées d'un nombre presque infini de poches kystiques de grosseur très variable; les plus petites ayant à peine le volume d'une tête d'épingle et deux ou trois des plus grosses celui d'un petit œuf. Le contenu était tantôt un liquide clair ou foncé, tantôt une matière gélatiniforme. La membrane de quelques-uns des plus gros kystes présentait des vaisseaux parfaitement visibles à l'œil nu.

Nous avons examiné le *liquide* contenu dans un des plus gros kystes. Sa quantité était de 22 cc. et sa couleur brunnâtre; il était opaque, de réaction faiblement acide et laissait déposer un sédiment abondant composé de globules sanguins, de très nombreux cristaux de leucine et enfin d'oxalate de chaux. Il n'y avait pas de cholestérine. L'analyse chimique nous a donné les résultats suivants :

Albumine très abondante. De plus, un peu de paralbumine. Urée, 1 décigramme.

Ce que ce liquide offrait de plus remarquable était la faible quantité de sels minéraux. C'est ainsi que ce n'est qu'avec peine que nous avons pu trouver des traces de chlorures et de phosphates; par contre, il y avait une notable proportion de sulfates et de la chaux.

La faible quantité de liquide dont nous disposions ne nous a pas permis de pousser plus loin l'analyse.

Les *poumons* présentaient les lésions de la sclérose non tuberculeuse. Le poids du cœur était de 320 grammes; le ventricule droit pesait 100 grammes et le gauche 155; il y avait donc hypertrophie relative du cœur droit.

Enfin, les viscères étaient libres et le foie sain.

27. Adénome sarcomateux kystique de la mamelle;
présenté par M. E. VALUDE, interne des hôpitaux.

Une malade de la ville, d'une cinquantaine d'années, jouissant d'une parfaite santé, est opérée par M. le professeur Verneuil d'une tumeur siégeant au sein droit. La tumeur, datant de trois ans, a grossi très lentement et sans réaction douloureuse aucune. Il y a trois mois, l'accroissement devint rapide et s'accompagna de douleurs assez vives.

Actuellement, cette tumeur est volumineuse, et occupe toute la mamelle droite; elle est bosselée, fluctuante par places, d'une consistance assez ferme en d'autres points. La peau, distendue au niveau des bosselures, est violacée. La tumeur, dans sa masse, est mobile sur les parties profondes. Il n'y a pas de ganglions au voisinage. Néanmoins, par un surcroît de précautions, M. Verneuil enlève de la cavité axillaire le paquet adipeux qui contient ces ganglions, qui ont leur volume et leur aspect normaux. Une coupe médiane de la tumeur montre un certain nombre de cavités, irrégulières de forme et de volume, qui contiennent un liquide louche. Ces kystes ont leurs parois hérissées d'une quantité très grande de végétations pédiculées d'une très grande variabilité de volume. Quelques-unes de ces végétations forment des grappes dont les grains atteignent la grosseur d'une groseille, d'autres sont tellement menues qu'elles semblent un fin chevelu. Les lobules de ces houpettes, qui rappellent la forme des glandes en grappes, sont d'une belle couleur jaune.

Le tissu fondamental de la tumeur, dans lequel sont creusés les kystes, est lardacé et d'une consistance assez faible; dans son épaisseur et en y regardant de près, on distingue de petits kystes, parfois presque imperceptibles, qui échappent à un premier examen.

L'examen histologique a montré que ces végétations étaient formées de tissu myxomateux, colloïde, fortement infiltré de graisse au niveau de leurs terminaisons, de cou-

leur jaune. La surface libre de ces végétations n'est pas recouverte d'épithélium.

Le tissu fondamental de la tumeur a une structure à peu près analogue, il offre l'aspect du myxome, dans lequel se trouve une quantité notable de noyaux embryoplastiques. Dans les points les plus consistants de ce tissu, la structure est celle du sarcome pur. Enfin, les culs-de-sac glandulaires et les conduits galactophores qu'on retrouve dans l'épaisseur de ce stroma sarcomateux, sont dilatés et déformés. L'épithélium a proliféré dans leur intérieur, mais nulle part les limites glandulaires n'ont été franchies pour donner naissance à l'envahissement du tissu conjonctif par l'épithélium. Ce point est le plus important dans l'examen de nos préparations et prouve qu'il s'agit là d'une tumeur de nature essentiellement adénoïde. Les kystes à développement variable qui se trouvent dans la tumeur seraient des dilations soit des conduits, soit des acini des glandes, dans lesquelles ont fait hernie les productions pédiculées de leurs parois.

Le caractère de cette tumeur serait donc d'être bénigne, et du reste l'examen des ganglions de l'aisselle n'a révélé aucune altération de ces ganglions.

28. Cancer du foie et de l'estomac. — Abscès du foie et fistule épigastrique. — Méningite suppurée ; par M. Léon DERVILLE, interne des hôpitaux.

Le nommé Plet, Louis-Jules, âgé de 59 ans, journalier, entré le 6 février 1884, 2^e pavillon, lit n^o 42.

Nous ne trouvons à signaler dans les antécédents de cet homme qu'une fièvre typhoïde, qu'il contracta à l'âge de 21 ans et dura six semaines. Interrogé sur ses antécédents héréditaires, il ne donne aucune réponse précise.

Depuis six mois, son appétit et ses forces ont notablement diminué, en même temps que ses téguments prenaient une teinte jaunâtre. Il avait néanmoins continué à travailler, quand, le 16 janvier, il éprouva au niveau de l'épigastre une *douleur assez vive*. D'abord continue, sans élancements, cette douleur alla en augmentant et ne tarda pas à devenir lancinante. Le malade, en même temps, était abattu ; il avait peu d'appétit et un peu de fièvre, surtout le soir. Vers le commencement de février, la peau de l'épigastre devint rouge, chaude ; la région se tuméfia et les douleurs devinrent plus vives. Jamais, avant cette époque, Plet n'avait accusé de vives douleurs à l'épigastre. Jamais il n'a eu de vomissements ni d'hématémèse. Son état ne

s'améliorant pas, il vint à l'hôpital et entra dans le service de M. Labbé, le 6 février.

7 février. Ce qui frappe à première vue chez ce malade, c'est une *teinte jaune paille* caractéristique. Il semble aussi avoir beaucoup maigri, car la peau est très ridée et comme trop lâche pour recouvrir les parties sous-jacentes.

Sur la paroi abdominale antérieure, au niveau de l'épigastre, on trouve une *tuméfaction* très nette; assez volumineuse, elle empiète par sa circonférence sur les hypochondres et la région ombilicale. La peau, à ce niveau, est rouge, violacée, chaude au toucher. La pression, à ce niveau, détermine une douleur assez vive; toute la région, d'ailleurs, est le siège d'élancements douloureux. La palpation permet de reconnaître la fluctuation et l'absence de battements. L'état de la paroi, son empatement surtout, empêche d'examiner les organes sous-jacents. A l'inspection du thorax, on note les déformations de l'emphysème. Le murmure respiratoire est faible, l'expiration un peu prolongée dans toute la hauteur.

Le cœur paraît volumineux; la pointe bat dans le sixième espace. A l'auscultation, on entend un souffle diastolique doux, avec maximum à la base, près du bord sternal droit.

On fait des *incisions* réciproquement perpendiculaires, suivant les deux grands diamètres de la tumeur. Cette ouverture donne issue à une grande quantité d'un pus liquide, gris sale, mêlé à du sang et à des débris de tissu cellulaire sphacélé. Ce pus exhale une odeur infecte. Le foyer est lavé avec une solution d'acide phénique au 1/20. L'examen de la plaie ne permet pas de trouver de trajet profond communiquant avec le foyer de suppuration. Cet examen a été fait par la vue seulement, on n'a pas essayé d'introduire un stylet. — Pansement avec des compresses de gaze trempées dans une solution d'acide phénique au 1/40. Potion de Todd.

9 février. La plaie commence à se déterger, mais il reste çà et là quelques parties de tissu cellulaire sphacélé encore adhérentes.

Etat général assez satisfaisant. Le malade a bon appétit. Température normale.

11 février. Toute la surface de la plaie bourgeonne. Le foyer est large et profond. — Même pansement.

15 février. Le foyer se comble peu à peu, en même temps que les extrémités des incisions tendent à se réunir.

19 février. L'état de la plaie est toujours aussi satisfai-

sant. Le malade, cependant, accuse un peu de céphalalgie; l'appétit a diminué.

20 février. La céphalalgie est plus accusée que la veille. T. 39° le matin, 40° le soir. Rien n'explique cette élévation thermique.

21 février. Ce matin, nous trouvons le malade dans le coma. La veille au soir, il avait répondu avec netteté aux questions qu'on lui posait; vers le milieu de la nuit, il a déliré un peu.

Ce matin, à la visite, il ne répond plus aux questions qu'on lui pose. La face est pâle, immobile, sans déviations. On ne note aucune paralysie limitée des membres. La respiration est stertoreuse. T. 40°,5. Pouls rapide et fort. Peau chaude. On ne trouve pas de contracture, mais une certaine raideur des muscles de la nuque et des membres.

La sensibilité est conservée, et le pincement est suivi d'une expression de souffrance qui se peint sur la face du malade. T. le soir, 41°,2.

22 février. L'état du malade est toujours aussi grave. Il est toujours dans le coma, et la raideur musculaire est plus accusée que la veille. La plaie, néanmoins, a toujours bon aspect. L'état s'aggrave pendant la journée, et le malade meurt dans la soirée.

AUTOPSIE. — L'autopsie a été faite 36 heures après la mort. *Paroi abdominale.* Au-dessus de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane, on voit la plaie opératoire. La plaie, à ce niveau, n'est pas cicatrisée, mais le foyer lui-même est obturé.

Après ouverture de la paroi abdominale, on trouve derrière le foyer de suppuration un plastron adhérent aux viscères profonds : foie et estomac. A la périphérie de ce plastron, on note des traces de péritonite sèche caractérisée par des adhérences lâches et peu épaisses.

Après ligature de l'œsophage d'une part, du duodénum et du colon en différents points d'autre part, on enlève en masse le foie, la rate et l'estomac. Sous la grande courbure de cet organe, on trouve des ganglions lymphatiques très volumineux (quelques-uns dépassent le volume d'une noix). Durs et irréguliers, ils présentent sur la surface d'une coupe un foyer ramolli au centre, un tissu de consistance assez grande à la périphérie.

Estomac. Cette organe n'est pas distendu. Avant de l'inciser, on trouve sur la face postérieure, près du pylore, une tumeur offrant le volume des deux points, et empiétant un peu sur la petite courbure. Cette tumeur fait saillie

dans la cavité de l'estomac. Elle est formée par des bourgeons d'une coloration jaune grisâtre, mous, ne saignant pas. Sur sa partie moyenne, on note une vaste cavité anfractueuse, irrégulière, avec tous les caractères d'une ulcération cancéreuse. Cette tumeur n'est pas vasculaire; mais à sa périphérie, il y a une petite masse aplatie, de la grosseur d'une châtaigne, sur laquelle se dessinent de nombreuses arborisations vasculaires.

De la tumeur partent des cordons noueux, représentant vraisemblablement des lymphatiques très distendus. Quelques-uns atteignent le volume du petit doigt, et trois d'entre eux, très volumineux, vont s'aboucher les uns dans les autres. Ces trainées sont visibles à la surface externe de l'estomac, mais beaucoup moins qu'à la face interne. Le pylore ne présente aucune altération.

Foie. L'abcès de la paroi abdominale avait une origine profonde, car de cette paroi on voit partir un trajet fistuleux à parois très épaisses et du diamètre d'une petite plume d'oie. Ce trajet se dirige obliquement en haut, à droite et en arrière, pour se perdre dans le lobe gauche du foie. Suivi dans l'épaisseur de l'organe, on le voit se dilater progressivement et s'aboucher dans une cavité triangulaire à base postérieure, et renfermant une grande quantité de pus. Cette cavité présente plusieurs diverticules, dont un en particulier peut contenir une noix. Tout autour de ce foyer, les canalicules biliaires sont très dilatés. Le foie est un peu volumineux, dur et sclérosé. Auprès de la cavité abcédée, on trouve un noyau cancéreux, blanchâtre, ramolli à son centre, offrant le diamètre d'une pièce de deux francs.

Des coupes successives du foie montrent deux autres noyaux, l'un au centre du tissu hépatique vers la partie moyenne de l'organe, l'autre tout à fait superficiel, ramolli dans sa partie centrale et déprimé en cupule. Ces deux noyaux offrent les caractères de l'épithélioma. Les voies biliaires sont perméables; la vésicule, un peu aplatie, ne renferme pas de bile.

Rate. Bien qu'un peu molle, elle est normale. Rien dans l'intestin ni la vessie. Reins un peu congestionnés. Cavité thoracique. Les poumons sont très emphysémateux et congestionnés tous deux à la base. Dans le péricarde, on trouve un peu de liquide. Le myocarde est légèrement sclérosé.

L'aorte est très dilatée. Les valvules sigmoïdes sont insuffisantes; la postérieure présente quelques végétations

en forme de choux-fleurs, pédiculées et formées d'une série de granulations de la grosseur d'un grain de millet.

Cerveau. La dure-mère est épaissie. Il en est de même de la pie-mère, qui est séparée de l'arachnoïde d'une part, de la substance grise d'autre part, par une épaisse nappe purulente. Cette méningite se rencontre exclusivement à la convexité des hémisphères cérébraux; à la base, on ne trouve rien. Il n'en est pas de même au niveau du cervelet. A la base de cet organe, le pus s'est collecté en assez grande quantité. A la coupe, le cerveau ne présente aucune altération. Le bulbe et la moelle sont intacts.

Rien non plus du côté des os du crâne, tant à la base qu'à la voûte. La colonne vertébrale est saine.

Les os des membres semblent avoir leur résistance normale et sans aucune tendance aux fractures spontanées.

29. Tumeur mélanique développée sur un moignon d'énucléation de l'œil, généralisation; par M. HARTMANN, interne des hôpitaux.

L..., 61 ans, journalier, entre le 22 avril 1883, dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 5. Pas d'antécédents morbides personnels, à part deux attaques de coliques de plomb il y a 15 ou 16 ans.

Il y a un an, ce malade reçut, en travaillant comme carrier, un éclat de pierre dans l'œil droit, il entra pour ce traumatisme à Lariboisière, où on lui fit successivement deux opérations; la première, d'après ce qu'il raconte, paraît avoir été une iridectomie; dans la deuxième on énucléa l'œil. 15 jours après, il sortait guéri, reprenait son état et peu de temps après se mettait à porter un œil artificiel. Pendant 6 mois tout alla bien; à ce moment il commença à éprouver des douleurs sus-orbitaires violentes; en même temps survinrent des étourdissements de plus en plus forts. Vers la fin du mois d'août, il fut obligé de quitter son œil artificiel à cause des douleurs qu'il éprouvait à ce moment. Un mois après, en septembre, il constatait au niveau du moignon oculaire l'existence d'une tumeur qui depuis a grossi graduellement. Vers la fin du mois de février de cette année, survinrent des douleurs dans les membres inférieurs qui l'obligèrent à cesser son travail. Il fut traité à cette époque pendant 18 jours à l'hôpital de Meaux. Depuis ce moment il n'a plus travaillé à cause des douleurs qu'il éprouvait presque constamment dans les membres inférieurs et des étourdissements auxquels il était sujet. Enfin, depuis l'accident arrivé à l'œil droit, la vue s'est un peu troublée du côté gauche.

Le 17 mai, nous revenons des vacances et trouvons le malade dans l'état suivant : Au niveau de l'*orbite droite*, au lieu et place de l'œil, existe une *tumeur*. A première vue, on ne distingue pas la paupière inférieure; à sa place émerge de dessous la paupière supérieure un bourrelet rosé, offrant l'aspect d'une muqueuse chronique ment enflammée et un peu desséchée par son exposition à l'air libre. Avec un peu d'attention on reconnaît qu'il s'agit là du cul-de-sac inférieur de la conjonctive, ectropionné, saillant par suite du développement d'une tumeur à sa partie postérieure et d'une infiltration séreuse très marquée. En relevant la paupière supérieure, on aperçoit le moignon qui, au lieu d'être exosé comme l'est ordinairement un moignon d'énucléation, fait en avant une saillie assez régulièrement arrondie par suite du développement d'une tumeur à son niveau. Celle-ci remplit presque tout l'orifice antérieur de l'orbite; sa consistance est ferme mais un peu élastique. Elle est recouverte dans la portion saillante, dans l'orifice palpébral par une surface rosée d'apparence muqueuse. On ne peut la délimiter en arrière, car elle s'enfonce profondément, mais on peut passer l'extrémité du doigt entre l'orbite et la tumeur. Celle-ci semble faire partie intégrante du moignon; elle est du reste un peu mobile et exécute des mouvements associés lorsqu'on fait suivre le doigt avec l'œil gauche. Pas de développement des ganglions du cou ni du ganglion préauriculaire.

Le malade offre une apparence extérieure un peu cachectique. Il se plaint de douleurs très vives dans les membres inférieurs, comparables, dit-il, à des bouillonnements; il lui semble qu'on le ronge intérieurement; ces douleurs sont surtout marquées au niveau des hanches et reviennent par crises.

Diagnostic : Tumeur maligne généralisée.

14 juin. Localement, on ne remarque pas grand changement, mais l'état général s'altère de plus en plus. Toujours les mêmes douleurs, de plus, de temps en temps, vomissements alimentaires. Subdelirium la nuit. Frottements pleuraux dans toute la hauteur des deux côtés.

1^{er} août, mort. Depuis environ un mois le malade avait été se cachectisant de plus en plus; les douleurs dans les membres inférieurs étaient devenues continuelles. Constipation habituelle. Enfin état comateux pendant les derniers jours.

Autopsie. On extrait de l'orbite dont les parois sont saines une masse qui en occupe la plus grande partie. Cette masse, du volume d'une très grosse noix, a une forme générale arrondie avec quelques bosselures saillantes. Elle

est exactement limitée du côté de la cavité orbitaire par la capsule de Ténon qui, amincie par places au niveau des bosselures, laisse apercevoir par transparence la coloration noirâtre de la tumeur. Une coupe horizontale, faite immédiatement au-dessus du nerf optique, montre que la tumeur dure par places, molle en d'autres, présente les colorations les plus diverses, les couleurs se mélangeant comme les teintes d'un nougat; le rose, le gris, le brun noirâtre et surtout le noir s'entremêlent pour lui donner une variété de teintes splendide. Il est impossible de délimiter le nerf optique qui aborde la partie postérieure et médiane de la tumeur, se confondant avec elle. Les muscles abordent la capsule de Ténon, s'y insèrent et ne peuvent par conséquent être nettement séparés à leur extrémité de la tumeur. En avant, celle-ci est limitée par une capsule fibreuse se continuant avec la capsule de Ténon et doublée d'une surface d'apparence muqueuse.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par notre excellent ami et collègue Achard au laboratoire du collège de France. La structure varie suivant le point examiné. En certaines parties de la tumeur, en effet, on observe nettement les caractères du *sarcome fasciculé*: cellules fusiformes accolées, formant par leur réunion de véritables faisceaux ou des sortes de pelotons. En d'autres points, on trouve des cellules rondes ayant l'aspect des éléments embryonnaires, ou des cellules polyédriques, cellules entourées et séparées les unes des autres par un réseau délicat de substance intercellulaire à fines fibrilles. Enfin, par places, on a du carcinome véritable: stroma fibreux formant des alvéoles réguliers, en général volumineux et remplis par des cellules de forme très variée, qui sont isolées les unes des autres et renferment un ou plusieurs noyaux. Ces différences de structure s'observent en des points très voisins les uns des autres, sur les diverses parties d'une même coupe, sans qu'on puisse reconnaître aucun ordre régulier dans leur distribution.

Les faisceaux conjonctifs, qui traversent la tumeur et séparent ses différentes parties présentent un assez grand nombre de noyaux. Les vaisseaux sont peu nombreux et peu volumineux. Les cellules qui entrent dans la constitution de la tumeur, aussi bien les éléments fusiformes que les cellules rondes et polyédriques, et que les cellules irrégulières des parties nettement carcinomateuses, sont infiltrées de fines granulations sphériques ordinairement assez pâles, dont la coloration varie du jaune clair au brun foncé, ce n'est qu'en quelques points de la tumeur que

l'on rencontre des granulations véritablement noires. Ces grains mélaniques sont très irrégulièrement répartis ; peu nombreux dans certaines cellules, ils sont très abondants en d'autres, au point de masquer complètement les noyaux. On remarque, en outre, dans l'intérieur des alvéoles des amas arrondis de granulations semblables. Les faisceaux conjonctifs sont également infiltrés de granulations mélaniques, tantôt disséminées, tantôt agglomérées sous forme de petites trainées interposées aux faisceaux.

Pleurésie sèche des deux côtés ; adhérences faciles à détacher avec le doigt. A gauche, l'articulation sterno-claviculaire est malade, elle forme une cavité irrégulière, friable ; du même côté les 3^e, 4^e et 5^e côtes sont altérées dans leurs parties moyennes friables et semblent envahies par la dégénérescence cancéreuse. Plusieurs noyaux cancéreux blancs, superficiels dans les poumons ; ces noyaux, pour la plupart de la grandeur d'un très petit pois, se voient par transparence à travers la plèvre viscérale ; l'intérieur même des poumons n'en renferme pas.

Le foie contient de nombreux noyaux cancéreux, de consistance encéphaloïde de couleur blanc grisâtre, présentant une légère teinte rosée, de volume variant d'un pois à une noisette. Près du bord postérieur on trouve de gros noyaux de la grandeur d'un petit œuf de poule rougeâtre, hémorrhagiques. Tous ces noyaux sont irrégulièrement disséminés dans le parenchyme hépatique.

La rate est un peu augmentée de volume, contient plusieurs noyaux de consistance encéphaloïde, de couleur blanc rosé ; le plus gros atteint le volume d'une petite noix.

Les reins et l'estomac sont sains.

Rien du côté de l'appareil génital, si ce n'est, à droite, un petit noyau brunâtre faisant saillie à la face externe de l'albuginée, ne pénétrant pas dans la substance testiculaire même et ayant amené la production d'une hydrocèle de ce côté.

A la face antérieure de la colonne vertébrale, au niveau des dernières vertèbres lombaires et de la première sacrée. s'étendant un peu vers les parties latérales du bassin, particulièrement vers la fosse iliaque droite, on voit une grosse masse noirâtre, pulpeuse, qui, à la coupe, paraît d'un blanc grisâtre en quelques points, d'un brun foncé dans sa plus grande partie. Le corps des vertèbres correspondantes est détruit dans une assez grande étendue, friable, infiltré par cette substance. Le couteau pénètre facilement jusque dans le canal rachidien où la masse morbide

s'étend. Cette tumeur, exposée sous un robinet d'eau, ne se décolore pas, excepté en quelques places où il ne reste qu'une masse spongieuse blanchâtre. Une coupe pratiquée immédiatement, par congélation, montre qu'elle est essentiellement constituée par une masse de cellules épithéliales, remplies de granulations pigmentaires, séparées par quelques faisceaux lumineux. L'encéphale est sain.

RÉTLEXIONS : Nous avons cru devoir publier ce fait à cause de sa rareté. Si les tumeurs mélaniques de l'œil sont les plus fréquentes avec celles de la peau, celles développées au niveau d'un moignon d'énucléation n'ont guère été notées jusqu'ici. La tumeur s'est-elle développée aux dépens du nerf optique sectionné ? c'est possible ; mais cela ne nous paraît pas probable. Il nous semble beaucoup plus rationnel d'admettre qu'elle s'est développée aux dépens d'une petite portion de choroïde restée adhérente au moignon, ainsi que cela arrive quelquefois lorsque pendant l'énucléation l'œil est crevé. Les tumeurs mélaniques de la choroïde sont fréquentes ; de plus, la situation, les rapports de la tumeur indiquaient de la façon la plus nette qu'il s'agissait d'un néoplasme développé au niveau du globe oculaire absent ; les muscles s'inséraient sur la capsule fibreuse qui la limitait profondément et présentait en tout l'apparence de la capsule de Ténon.

Le traumatisme, si souvent noté comme cause des tumeurs mélaniques de l'œil, est ici des plus nets ; c'est d'abord un traumatisme accidentel, puis deux traumatismes opératoires qui sont suivis quelques mois après de la production de la tumeur, évoluant rapidement et s'accompagnant au bout de peu de temps de généralisation. Quant à la variété de tumeur observée ici, elle est en quelque sorte classique. C'est une de ces tumeurs mélaniques comme on en rencontre dans la choroïde et la peau, formes mixtes qui présentent à la fois les caractères du sarcome et ceux du carcinome, que Virchow a désignés sous le nom de sarcome carcinomateux (1), qui, pour M. Perrin, seraient des sarcomes mélaniques ayant subi à un moment de leur développement une transformation qui a rapproché leur

(1) Virchow. *Pathol. des tumeurs*, traduction française, 1869, t. II, p. 211.

structure de celle du carcinome (1) et que M. Robin considère au contraire comme des tumeurs épithéliales mélaniques, de véritables cancers tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique (2).

30. Note sur la région sylvienne et en particulier sur les plis temporaux-pariétaux; par Ch. Féré.

Lorsqu'on étudie le développement de la doctrine des localisations cérébrales, et en particulier l'histoire de l'aphasie, on est frappé de l'insuffisance des notions anatomiques qui a si souvent obscurci les discussions: un bon nombre d'observations qui ne sont point accompagnées de figures dessinées d'après nature, doivent être considérées comme nulles. Aujourd'hui, la localisation des troubles de l'usage des signes, sous l'impulsion des travaux de MM. Wernicke, Kussmaul, Charcot, etc., est entrée dans une nouvelle phase: les troubles de perception et d'expression ont pu être étudiés isolément, mais la localisation anatomique des lésions qui les produisent est encore, sauf pour ce qui regarde l'aphasie de Broca, imparfaitement déterminée. On ne saurait donc apporter trop de soin à la description morphologique de la région incriminée, pour éviter autant que possible les chances de confusion; aussi avons-nous pensé qu'on nous pardonnerait d'insister sur un point d'anatomie en apparence peu important.

Lorsqu'on examine un hémisphère cérébral reposant sur sa face interne, et qu'on écarte les bords de la scissure de Sylvius, on découvre une saillie irrégulièrement conique, c'est l'*insula de Reil* ou le *lobule du corps strié*. Ce lobule est constitué ordinairement par trois plis radiés qui, nés du sommet du cône, tournés en bas et en avant, se dirigent vers leur insertion marginale, où ils se subdivisent fréquemment, les deux postérieurs du moins, en deux plis secondaires. Sans donner de règle absolue, on peut dire qu'en général le *pli antérieur*, le plus court (I, 1, fig. 6), un peu oblique en avant et en haut, correspond à son expansion aux deux tiers antérieurs de la 3^e frontale; le *pli moyen* (I, 2, fig. 6) presque vertical, correspond au pied de la 3^e frontale et à la frontale ascendante; le *pli postérieur*

(1) *Dict. encyclopéd.*, 1^{re} série, t. XVII, 1876, p. 36. Art. Choroïde.)

(2) *Dict. encyclopéd.*, 2^e série, t. VI, 1873, p. 400. (Art. Mélanose).

(I, 3, fig. 6), le plus long répond à la pariétale ascendante et à la partie antérieure du lobule pariétal inférieur.

Ainsi constitué, l'insula est limitée par trois sillons profonds ou *rigoles* (Broca); 1° une *rigole antérieure* (D C, fig. 6) qui le sépare de la partie antérieure de la troisième frontale; 2° une *rigole supérieure* (C E, fig. 6) qui la sépare du bord supérieur de la scissure de Sylvius, sur lequel on remarque, d'avant en arrière, la *branche antérieure* de

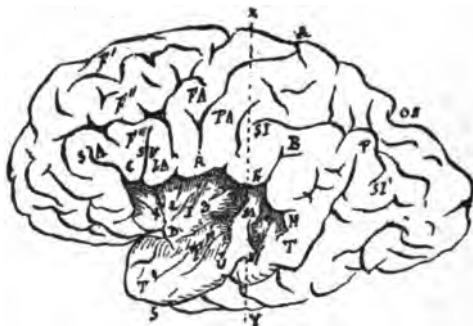


Fig. 6. — Figure destinée à montrer les limites postéro-inférieures de l'insula de Reil. — F', F'', F''', les trois circonvolutions frontales. — SA, branche antérieure de la scissure de Sylvius. — SV, branche ascendante ou verticale de la scissure de Sylvius. — D, B, scissure de Sylvius ouverte pour montrer l'insula. — R, R, sillon de Rolando. — FA, circonvolution frontale ascendante. — PA, circonvolution pariétale ascendante. — SI, SI', scissure interpariétale. — OE, scissure occipitale externe. — EB P, lobule pariétal inférieur. T', T'', T''', première circonvolution temporale. — I, insula et 1, 2, 3, ses trois plis principaux. — M, pli temporo-pariétal. — X, E, Y, section passant en arrière de la partie postérieure du noyau lenticulaire. D'après une photographie de M. Londe).

la scissure de Sylvius (S A, fig. 6), le cap (C) de la troisième circonvolution frontale (1), la *branche ascendante ou verticale de la scissure de Sylvius* (2) (S V, fig. 6), le pied de la troisième frontale siège de la faculté du langage articulé (L A, fig. 6); la partie inférieure de la frontale ascendante (F A, fig. 6) séparée de la précédente par le *sillon préfrontal* ou *prérolandique* qui, quelquefois incise

(1) Broca. — *Etude sur le cerveau du gorille*. (Rev. d'anthrop., 2^e série, t. I, p. 20.)

(2) Les branches antérieure et verticale de la scissure de Sylvius sont d'abord confondues à leur origine et ne se distinguent que par les progrès du développement (Féré. — Rev. d'Anthrop., 1879, p. 670).

profondément, le bord de la scissure de Sylvius, la partie inférieure de la circonvolution pariétale ascendante (P A) (fig. 6), séparée de la précédente par le sillon de Rolando (R R), la partie antérieure et supérieure (E, fig. 6) du lobule marginal E B H qui entoure l'extrémité de la scissure de Sylvius. 3° Quant à la *rigole inférieure* (D E, fig. 6) elle est beaucoup moins profonde et la limite de l'insula est moins tranchée de ce côté. Ce sillon peut être divisé en deux segments; l'un antérieur (D M, fig. 6) séparant l'insula de la première circonvolution temporo-sphénoïdale (T' T', fig. 6); et une postérieure (E M, fig. 6) oblique de haut en bas et d'arrière en avant, séparant l'insula d'une région qui est souvent confondue avec lui et que nous allons maintenant étudier.

D'après Broca (1), la région que nous venons de décrire sommairement constitue la partie antérieure et inférieure de l'insula ou l'insula proprement dit; la région suivante constituerait, suivant lui, une région postéro-supérieure de l'insula. Si nous considérons, en effet, le cerveau dans la position où nous l'avons placé, c'est-à-dire les bords de la scissure de Sylvius écartés, il existe bien une *région rétro-insulaire* (E M U N H, fig. 6), comprise dans l'écartement de l'extrémité postérieure de la scissure, et dont la configuration offre une certaine analogie avec celle de l'insula.

Cette région est constituée par un pli (M, fig. 6), souvent dédoublé, oblique de bas en haut et d'avant en arrière, partant de la première temporale et se dirigeant sur le bord supérieur de Sylvius, en arrière de la partie inférieure de la pariétale ascendante. Suivant Broca, ce pli, désigné par Heschl sous le nom de *circonvolution temporale transverse*, serait toujours profond, aussi l'appelle-t-il *pli de passage temporo-pariétal profond*; mais il n'est pas toujours unique: très fréquemment il est double, et quelquefois, suivant la longueur de la scissure de Sylvius, il existe encore en arrière un contrefort qui lui est parallèle, de sorte que la région rétro-insulaire (E U H) est plus ou moins étendue, suivant les sujets. En outre, il arrive très souvent que ces plis ne soient pas profonds dans toute leur étendue, mais soient plus ou moins saillants à leur insertion inférieure (M N, fig. 6), qui, d'ailleurs, tantôt se rapproche, tantôt s'éloigne de la corne sphénoïdale.

Il n'est pas rare de voir le sillon qui limite en arrière le

(1) P. Broca. — *Anatomie comparée des circonvolutions cérébrales*. (Rev. d'Anthrop., 3^e série, t. I, p. 485).

pli de passage temporo-pariétal inciser plus ou moins profondément la face supérieure de la première circonvolution temporale, qui, d'autre part, peut se trouver échancrée d'une façon analogue par sa partie supérieure, un peu en avant. S'il arrive que ces deux incisures se rencontrent en N (fig. 6), par exemple, la première circonvolution temporo-sphénoïdale est complètement coupée; la scissure parallèle paraît se jeter dans la scissure de Sylvius, et rappelle une disposition commune chez certains singes, et notamment chez les cercopithèques, [tandis qu'en réalité elle a conservé sa direction normale; mais elle est compliquée et anastomosée avec la scissure de Sylvius. Dans cette circonstance, le pli temporo-pariétal (M, fig. 6) se continue directement avec la portion antérieure (U T' T", fig. 50) de la première temporo-sphénoïdale et forme un pli sphénoïdo-pariétal saillant dans la plus grande partie de son étendue. Cette disposition irrégulière, qui coexiste quelquefois avec d'autres anomalies graves des circonvolutions (1), peut se rencontrer seule, comme j'en ai montré récemment un bel exemple (2), mais souvent elle coïncide avec des plis de passage interrompant la scissure parallèle, comme dans la figure de Giacomini (3).

En général, les plis temporo ou sphénoïdo-pariétaux s'affaissent complètement à leur extrémité pariétale qui s'imbrique à la manière des dents de roues d'engrenage avec des contreforts plus ou moins allongés qui partent de la portion pariétale de la circonvolution marginale supérieure. Ces contreforts ou plis pariéto-temporaux sont obliques d'avant en arrière et de haut en bas, qui offrent par conséquent une direction inverse de celle des plis temporo pariétaux, sont rarement aussi longs que ces derniers; mais cela peut se voir.

La limite postérieure de l'insula est marquée par l'angle ouvert en avant formé par l'intersection des plis temporo-

(1) Oh. Féré. — *Note sur quelques points de la topographie du cerveau.* (Bull. Soc. anat., 1876, p. 828, et Arch. de phys. norm. et path., 1876, p. 247. — *Note sur le développement du cerveau considéré dans ses rapports avec le crâne.* (Rev. d'anthropologie, 1879, p. 661). — *Nouvelles recherches sur la topographie crânio-cérébrale.* (Rev. d'anthrop., 1881, p. 468). — *Contrib. à l'ét. de la topographie crânio-cérébrale chez quelques singes.* (Journ. de l'anatomie et de la physiologie, 1882, p. 545). — *Anomalies des circonvolutions.* (Bull. Soc. anat., 1876, p. 172).

(2) Société anatomique, 4 mars.

(3) Giacomini. — *Varieta delle circonvoluzione cerebrale.* Torino, 1882, p. 51.

pariétal et pariéto-temporal antérieurs. Si on fait passer par ce point une coupe (K Y, fig. 6) verticale et transversale de l'hémisphère, tout le noyau lenticulaire du corps strié reste en avant. Ce noyau, qui se prolonge beaucoup moins en arrière que la couche optique (R' H, fig. 7) n'a

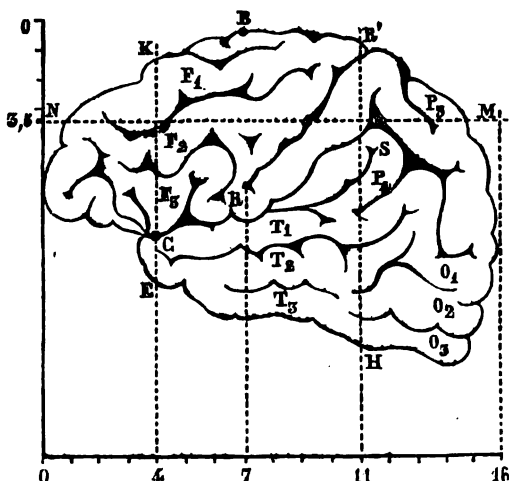


Fig. 7. — Figure demi schématique du cerveau, destinée à montrer les rapports et les sillons avec les sutures du crâne, et avec les masses centrales (1). — F_1 , F_2 , F_3 , les trois circonvolutions frontales. — R , R' , sillon de Rolando. — P_3 , lobule pariétal supérieur. — P_4 , lobule pariétal inférieur. O_1 , O_2 , O_3 , circonvolutions occipitales. — T_1 , T_2 , T_3 , circonvolutions temporales. — C , S , scissure de Sylvius. — B , bregma. — E , ptéion. — La section M , N , passant à 35 mm. au-dessous de la convexité de l'hémisphère donne le niveau supérieur des masses grise centrales. — La section K , E , répond à la limite antérieure du corps strié. — La section R' , H , la limite postérieure de la couche optique (la longueur totale du corps opto-strié étant d'environ 7 centimètres).

donc aucun rapport avec la région rétro-insulaire de la vallée de Sylvius.

Ainsi la direction et les insertions de ces plis suffisent à la faire distinguer des plis radiés de l'insula, même dans les conditions où nous sommes placés, et dans lesquelles on examine ordinairement l'insula à l'autopsie. Mais si un cerveau maintenu dans sa forme par ses membranes qui viennent rapprochée les bords de la scissure de Sylvius, nous pratiquons une coupe verticale et longitudinale passant par le fond des rigoles qui limitent l'insula (fig. 8), nous reconnaissons facilement la coupe des circonvolutions

des plis insulaires (I, *fig. 8*) et rétro-insulaire (T F, *fig. 8*), nous pouvons nous assurer que les derniers font partie de l'enceinte : les plis pariéto-temporaux et temporo-pariétaux s'imbriquent entre eux pour former la partie postérieure de la vallée de Sylvius et pour contribuer à recouvrir l'insula. Cette disposition se montre encore plus nettement si, sur le segment externe de notre coupe, nous enlevons le cône formé par l'insula ; il reste alors un entonnoir dont la

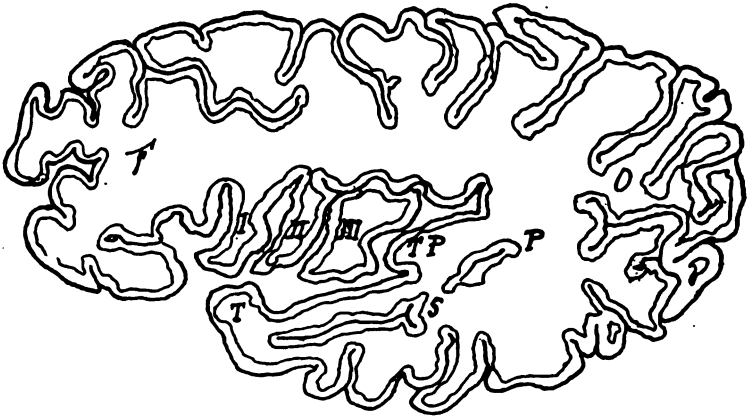


Fig. 8. — Figure représentant la face interne du segment externe d'une coupe verticale et longitudinale passant par la base de l'insula. — F, région frontale. — O, région occipitale. — T, première circonvolution pariétale. — S, P, fond de la scissure parallèle. — F, P, coupe du pli de passage temporo-pariétal. — I, II, III, premier, deuxième et troisième plis insulaires. (Calquée sur une photographie de M. Londe).

paroi postérieure est formée par les plis soi-disant rétro-insulaires.

Sur une coupe de Flechsig, pratiquée sur un cerveau dépouillé de ses membranes, le lobe temporal s'écarte en dehors, et les plis temporo-pariétaux prennent une direction presque transversale.

En résumé : 1° l'insula est rigoureusement limitée par les trois rigoles ; 2° tous les autres plis que l'on aperçoit dans l'écartement de la scissure de Sylvius doivent être rattachés aux différentes circonvolutions qui forment l'enceinte et concourent à recouvrir l'insula. C'est une distinction qu'il est utile de faire au point de vue de la localisation de lésions de l'aphasie motrice, de la cécité et de la surdité verbales.

31. Tumeur mixte de l'ovaire. — Péritonite chronique. — Pleurésie double. — Ovariectomie, guérison; par H. HARTMANN, interne des hôpitaux.

D..., âgée de 19 ans, boursière, est envoyée par M. Cornil pour se faire opérer d'une tumeur du ventre. Elle entre le 9 mai 1883 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit n° 27. Cette malade raconte que, depuis deux ou trois mois, elle sentait une *tumeur* arrondie, grosse comme une noix, indolente et roulant sous le doigt, dans la *fosse iliaque* gauche. Cette tumeur avait augmenté peu à peu et avait atteint le volume d'un œuf, lorsque, le 19 avril de cette année, elle fut prise brusquement, d'anorexie, de diarrhée, de vomissements et de douleurs de ventre, accidents qui l'obligèrent à s'aliter. Le lendemain, elle se fit admettre dans le service de M. Cornil; un mois après, elle est transférée dans celui de M. Terrier.

Comme antécédents, rien de bien important à noter. Régulée à 14 ans sans accidents, menstruation régulière depuis cette époque. Depuis un an, leucorrhée assez abondante. A 12 ans, elle a eu un abcès froid à la base du cou, qui a laissé une cicatrice blanche, irrégulière. Sa mère est morte à 43 ans, phthisique (?), d'une maladie assez longue, avec toux et diarrhée. Elle a encore huit frères et sœurs, et son père, tous en bonne santé.

Etat actuel. L'œdème est anormalement développé, à peu près symétrique. Circonférence ombilicale : 0^m,81 cent. Pas d'altération de la peau. Météorisme abdominal. A la palpation, on constate l'existence d'une tumeur arrondie, lisse, régulière, rénitente, offrant une fluctuation obscure, occupant la fosse iliaque gauche et l'hypogastre; la pression est douloureuse à ce niveau. Au toucher, l'utérus est remonté, et à droite, le cul-de-sac postérieur a disparu et est douloureux. Pas de troubles de la miction, ni de la défécation. Rien au cœur ni aux poumons. Nœvus pileux de la joue gauche; un autre nœvus se voit à la partie interne de la cuisse gauche. Etat anémique très prononcé.

Diagnostic. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Traitement : glace, eau de Vichy.

20 mai. Le ventre est toujours tendu; il est douloureux spontanément et à la pression; de temps à autre, vomissements porracés.

23 mai. Diarrhée assez abondante.

26 mai. Les vomissements, qui se reproduisaient presque constamment à l'occasion des repas, ont été définitive-

ment arrêtés par l'usage d'une solution de morphine au 1/50, dont la malade prenait six gouttes avant chaque repas. L'appétit revient un peu, les douleurs de ventre diminuent. Les urines sont rares (400 gr. par 24 heures), ne contiennent ni sucre ni albumine; l'état général reste toujours mauvais.

5 juin. La diarrhée a reparu à diverses reprises; l'état général semble cependant s'améliorer un peu. Quelques jours après, la malade demande à passer quelques mois à la campagne, et sort le 12 juin.

Chez elle, la santé est un peu revenue; elle s'était remise à manger, à se lever de temps en temps, lorsque, vers les premiers jours de juillet, elle fut prise d'un rhume; en toussant, elle constata un jour l'existence d'une hernie inguinale droite. Malgré son rhume, elle se maintenait à peu près bien, lorsque le 14 juillet, elle retomba malade, fut prise d'étouffement, de vomissements glaireux, de douleurs de ventre. Depuis cette époque, elle n'est jamais restée plus de deux jours sans avoir des vomissements; en même temps, elle avait une diarrhée presque continuelle. Vers le 10 septembre, le ventre, qui avait grossi jusque-là graduellement, se mit à augmenter plus rapidement de volume; la tuméfaction envahit la moitié supérieure de l'abdomen; gêne respiratoire, palpitations; à certains moments, sensation d'étouffements. La malade rentre salle Chassaignac, lit n° 5, le 25 septembre 1883.

A son entrée, on constate que le ventre est développé irrégulièrement, présentant des bosselures saillantes au niveau de la fosse iliaque gauche et de la partie latérale droite des régions épigastrique, ombilicale et de l'hypochondre droit. La peau est lisse, sans dilatation veineuse appréciable, la cicatrice ombilicale un peu dépliée. A la percussion, matité complète de la fosse iliaque gauche et de toute la moitié droite du ventre. La matité s'arrêtant à un travers de doigt à gauche de l'ombilic et, plus haut, empiétant un peu sur la partie gauche du ventre supérieure, la matité se distingue de celle du foie par suite de l'interposition d'une zone étroite située immédiatement au niveau du rebord des fausses côtes et au-dessous, où l'on retrouve un peu de sonorité. Immédiatement au-dessus, on trouve la matité hépatique, qui remonte dans une étendue de trois travers de doigt, s'arrêtant à deux travers au-dessous du mamelon; sonorité à la partie la plus postérieure du flanc droit, sonorité du flanc gauche; une zone sonore s'avance obliquement en pointe de la partie gauche du ventre vers l'ombilic.

Au palper, on trouve une masse dure, arrondie, du volume d'une tête de fœtus à terme, occupant la fosse iliaque gauche, la moitié gauche de la région hypogastrique, dépassant même un peu la ligne médiane. Au-dessus et à droite, on trouve une deuxième tumeur volumineuse, arrondie, bilobée, élastique, occupant toute la moitié droite du ventre; cette deuxième tumeur s'étend même à gauche de la ligne médiane, dans une étendue de quatre travers de doigt; mais il semble qu'à ce niveau, pour y arriver, il faille déprimer une couche de liquide.

Par la percussion, on détermine une sensation de flot qui se transmet très nettement dans la plus grande partie du ventre, excepté au niveau de la tumeur de la fosse iliaque gauche; celle-ci paraît contenir plus de parties solides que le reste de la masse morbide, qui semble nettement polykystique. La circonférence ombilicale mesure 82 centimètres; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 19 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 17 centimètres; de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, 18 centimètres; de l'ombilic au pubis, 18 centimètres.

Au toucher vaginal, le col est petit, bas, un peu sensible, presque immobile; on ne trouve rien dans les culs-de-sac. Petite hernie inguinale droite, descendant jusque dans la grande lèvre; les règles n'ont pas reparu depuis quatre mois. Leucorrhée. Pas de troubles de la miction, ni de la défécation. Diarrhée. La malade, qui, depuis trois mois, se plaint d'une petite toux sèche, est toujours gênée pour respirer, d'autant que les grandes inspirations, la toux provoquent souvent des douleurs abdominales assez vives. À l'examen du thorax, à droite, on constate tous les signes d'un épanchement pleural moyen (matité, disparition des vibrations thoraciques, souffle doux à la base, frottements à la partie supérieure, égophonie vers l'angle de l'omoplate, souffle anémique à la base du cœur; de temps à autre, vomissements alimentaires et glaireux; pas d'œdème des membres inférieurs. Amaigrissement, pâleur très marquée, anémie profonde; un peu de cyanose au niveau des ongles.

3 octobre. Œdème de la vulve, toujours de la diarrhée et de la gêne respiratoire. La plèvre gauche s'est prise à son tour (frottement, un peu de souffle à la base). La quantité des urines est de 500 grammes par 24 heures; il n'y a ni sucre ni albumine, 18^e, 30 d'urée par litre; soit par jour, 9^e, 15.

4 octobre. Vésicatoire à la base droite.

12 octobre. La malade se sent mieux; les vomissements

se sont définitivement arrêtés à la suite de l'ingestion de pilules d'extrait de thébaïque (0,02 centig.) une demi-heure avant chacun des principaux repas. La cyanose des ongles a disparu. Aujourd'hui, douleurs assez vives au niveau de la partie supérieure gauche du ventre, au niveau de la zone sonore, qui s'avancait en pointe vers l'ombilic et paraissait correspondre à une anse intestinale adhérente. La température qui, le matin, est normale, monte le soir à 38°,2; 38°,4.

Le 12 octobre, elle s'élève à 39°. Le 13, 38°,3; 38°,2. Le 14, 37°,7; 37°,5. Le ventre offre toujours le même aspect, mais ses dimensions ont un peu augmenté : la circonférence ombilicale est de 89 centimètres; de l'ombilic au pubis, 18 centimètres; à l'appendice xiphoïde, 20 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 18 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 20 centimètres. La zone sonore qu'on avait trouvée à gauche de l'ombilic a disparu; matité à ce niveau. Il y a toujours de l'épanchement dans les deux plèvres, surtout à droite.

Le 15 octobre, 37°,9; 38°,2.

16 octobre. — Ovariectomie par M. Terrier, assisté de MM. Berger, Championnière et Richelot. — Incision médiane étendue de l'ombilic à 6 centimètres du pubis. Plusieurs pinces sont placées sur des vaisseaux assez abondants; on arrive ainsi au tissu cellulaire sous-péritonéal, qui saigne beaucoup. A l'ouverture du péritoine, s'écoule un peu de sérosité ascitique teintée de sang par suite de la déchirure du grand épiploon, qui adhère à la fois au kyste et à la paroi. On débride en bas avec des ciseaux mousses. Le grand épiploon, très adhérent à la masse polykystique, est détaché, et l'on y place deux pinces en T. Une poche kystique, que l'on voit à la partie inférieure, est ponctionnée : c'est à peine s'il sort quelques gouttes de liquide. L'orifice de la ponction est obturé avec une petite éponge. L'incision est agrandie avec les ciseaux vers le haut, en passant directement à travers l'ombilic jusqu'à 10 centimètres de celui-ci. La tumeur est enclavée et immobilisée; dans les tentatives d'extraction, un kyste à paroi mince se rompt. On place sur l'épiploon adhérent à la tumeur de nouvelles pinces en T. Le liquide du kyste rompu est épongé et évacué à l'aide de l'aspirateur et de la canule du trocart. Ne pouvant extraire par en haut la tumeur, qui remonte jusqu'au diaphragme, M. Terrier recherche le pédicule : celui-ci se trouve à droite et en bas de la première masse, ponctionnée sans succès. Deux pinces courbes sont placées successivement, et à une certaine distance l'une de l'autre,

sur ce pédicule qu'on sectionne entre les deux pinces. La tumeur peut alors être retirée en bas et en dehors par sa partie inférieure, on sectionne encore quelques adhérences épiploïques et deux brides qui unissaient la tumeur à la face postérieure de l'utérus. Trois ligatures en soie et en chaîne sur le pédicule; trois ligatures au catgut sur l'épiploon, qui est largement réséqué; deux ligatures au catgut sur les brides qui unissaient l'utérus à la tumeur.

Toilette minutieuse répétée, suture des parois avec douze fils profonds, quatre fils superficiels. Pansement de Lister complet. L'opération a duré 50 minutes. Les anses intestinales étaient vascularisées, mais ne présentaient pas d'adhérence importante à la tumeur.

Examen de la tumeur. — La partie solide pèse 6,320 grammes; elle est formée de plusieurs lobes, dont deux principaux : un du volume d'une tête d'adulte, un autre encore plus volumineux, et dans l'angle de ces deux lobes, un autre plus petit, du volume et de la forme d'une rate. A la partie postéro-supérieure de la grosse tumeur, existe une cavité kystique; toutes ces tumeurs sont encapsulées. La capsule qui les entoure offre un aspect fibreux, est épaisse, résistante et se décortique assez facilement. Quant au tissu morbide lui-même, il se présente avec un aspect extérieur lobulé; les lobules atteignent quelquefois le volume d'un œuf. A la coupe, il semble constitué par un stroma fibreux circonscrivant des aréoles de dimensions variables. La tumeur est comme formée d'une foule de cavités kystiques, les unes du volume d'un pois et au-dessus, les autres plus petites, à peine visibles à l'œil nu. Les cavités les plus volumineuses sont généralement les plus superficielles. Toutes contiennent un liquide quelquefois un peu jaunâtre, d'autres fois blanc grisâtre, toujours visqueux, présentant le plus souvent l'aspect et la consistance du mucus nasal. La trame fibreuse donne à l'ensemble de la masse morbide une consistance assez ferme, par place même cartilaginiforme. La coloration générale de ces tumeurs est jaune par places ou blanc grisâtre; la plus grosse est rouge, et sur cette teinte rouge se détache un piqueté rouge foncé, comme hémorrhagique. Sur les portions d'épiploon réséquées, on trouve, principalement le long des vaisseaux, de petites granulations grisâtres, un peu plus larges qu'une tête d'épingle.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Malassez, qui nous a remis la note suivante : « Les cavités kystiques présentent un revêtement épithélial comparable

à celui des muqueuses, cylindrique, caliciforme... et il est des points où il est pavimenteux, mais sans couche cornée. Dans les parties solides, outre le tissu fibreux ordinaire, on rencontre les tissus les plus divers : perles épidermiques, nodules cartilagineux, dont quelques-uns calcifiés, tissu ostéoïde, lobules adipeux, faisceaux musculaires, etc. »

16 octobre soir. 37°;6; 136 puls., 38 respirat. Deux vomissements porracés dans la journée. La malade se trouve mieux qu'avant l'opération. Glace, champagne.

17 octobre matin. 38°;4; 128 puls., 36 respirat. Le soir, 38°;2; 122 puls., 34 respirat. Quelques douleurs abdominales légères; émission gazeuse par l'anus. Deux demi-pièces de morphine dans la journée. Glace, champagne.

19 octobre matin. 38°;5; 122 puls., 32 respirat. Le soir, 38°;5; 122 puls., 30 resp. 1 piqûre de morphine. 4 verres de lait, champagne.

20 octobre. 38°;5; 122 puls., 32 resp. La malade urine seule. Pansement : on enlève 6 fils profonds et 3 superficiels. Le soir, 38°;4; 116 puls., 32 resp.

21 octobre matin. 38°;4; 110 puls., 28 respirat. Le soir, 37°;4; 118 puls., 31 resp. Rétention d'urine. Lait, œufs, potages.

22 octobre matin. 37°;4; 110 puls., 30 resp. Pansement : on enlève les 6 fils profonds et le fil superficiel qui restaient. Va bien, toute la plaie est réunie, la malade a très bon appétit, mange du filet, des potages. Le soir, 37°;5.

23 octobre. 36°;6, 37°;4. Appétit féroce.

24 octobre. 37°;3, 37°;1. Le soir, ne se sent pas très bien ; petite indigestion.

25 octobre. 37°;7, 37°;8.

26 octobre. 37°;1, 38°;1.

27 octobre. 37°;1, 38°;1.

La malade se plaint d'insomnie; avant l'opération, elle ne pouvait dormir, dit-elle, à cause des douleurs abdominales et des sensations d'étouffement qu'elle éprouvait; aujourd'hui que ces douleurs et ces sensations sont passées, elle ne dort pas plus; cauchemars, sueurs nocturnes depuis l'opération. L'appétit, très vif il y a quelques jours, commence à diminuer; ce qu'on lui donne lui semble moins bon, le manger l'étouffe, dit-elle; elle a aujourd'hui un peu mal à la gorge et, de plus, elle accuse des douleurs au niveau de la partie latérale droite du cou.

28 octobre. 37°;7, 38°;1.

29 octobre. 37°;9, 38°;4.

30 octobre. 37°,6, 38°,5.

31 octobre. 37°,5, 38°,7.

1^{er} novembre. 37°,6, 38°,4. La malade mange un peu, cependant elle reste très maigre, très anémiée; crampes d'estomac, toujours un peu de douleurs à la base droite du cou. Au niveau de la clavicule droite et dans la région clavi-pectorale, réseau veineux abondant, qui n'existe pas du côté opposé. A la palpation, on constate sous la partie inférieure du sterno-mastoidien, du même côté, une masse du volume d'un œuf de pigeon, dure, douloureuse, placée au-devant et en dehors du paquet vasculo-nerveux du cou. Les épanchements pleuraux se sont résorbés; on entend des frottements des deux côtés; à la base droite, frottement parcheminé typique, douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche, spontanées et à la pression. La leucorrhée que la malade avait avant l'opération a augmenté depuis celle-ci. Vésicatoire sur la fosse iliaque gauche. A partir de ce moment, la température est toujours restée la même: 37°,5 le matin, 38°,5 le soir.

4 novembre. Les sueurs nocturnes persistent toujours, on donne tous les jours un granule d'atropine. Formation probable d'un abcès au niveau du pédicule (tuméfaction douloureuse à son niveau).

13 novembre. Ouverture spontanée d'un abcès sur la ligne médiane, à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Drain de 12 cent. environ. Le lendemain, la température reste à 37°,5. Le 15, 37°, 37°,3. A partir de ce moment, la température a toujours été à peu près normale.

19 novembre. La vascularisation de la région clavi-pectorale a envahi le moignon de l'épaule; le membre supérieur correspondant est un peu œdématié; dans l'aisselle, on sent un cordon dur, douloureux, phlegmatia.

11 décembre. Depuis un mois, l'état général s'est beaucoup amélioré; le caractère a changé et est devenu gai, la malade renaît; il y a encore un peu de douleur à la pression du sommet de l'aisselle, mais la vascularisation a diminué, l'œdème du membre a disparu; un nouvel abcès en voie de formation, un peu à droite de la partie supérieure de la cicatrice, est ouvert aujourd'hui par une ponction au bistouri.

13 décembre. L'abcès s'ouvre spontanément au niveau de la cicatrice, un peu à droite de l'incision faite l'avant-veille.

25 décembre. Depuis huit jours, la malade se promène. Poids, 42 kil. 500.

3 janvier. L'abcès supérieur est fermé depuis quelque temps, celui qui vient du pédicule est en voie de cicatrisation. Suppression du drain.

20 janvier. Le ventre est souple et indolent dans sa totalité; encore de la submatité des deux bases. Quelques frottements.

22 janvier. Exeat. Poids, 52 kil.

RÉFLEXIONS. — Nous noterons dans cette observation :
1° La nature même de la tumeur; il s'agit là d'une tumeur mixte, d'une tumeur à la fois d'origine épithéliale et d'origine conjonctive, tout à fait analogue à celles qu'on a décrites dans le testicule. De plus, le revêtement épithélial lui-même présente des particularités; par places, c'est l'épithélium qu'on rencontre ordinairement à la face interne des kystes ovariens, cellules cylindriques et caliciformes, revêtement de muqueuse, épithéliomes muquoides de M. Malassez; en d'autres, c'est un revêtement d'épithélium pavimenteux, caractéristique des kystes dermoïdes, de telle sorte que si l'on voulait expliquer la production de ces kystes avec les théories actuelles, on serait forcé, ainsi que le dit M. Malassez, d'admettre dans les premières phases du développement, à la fois une involution du feuillet interne et une involution du feuillet externe du blastoderme, l'épithélium ovarien ne se rapprochant pas plus de l'une que de l'autre forme. Mieux vaut avouer notre ignorance.
2° Les abcès survenus pendant la convalescence. Sur les 16 ovariectomies, suivies de guérison, que nous avons vu opérer dans le service de notre cher maître, M. Terrier, pendant notre année d'internat chez lui, opérations faites toutes dans les mêmes conditions d'asepticité relative, nous avons observé deux fois ces abcès pendant la convalescence, soit au niveau du pédicule, soit au niveau des sutures. Dans les deux cas, il s'agissait de malades graves, presque cachectiques, atteintes de pleurésie, de péritonite chronique, de diarrhée.

Ces faits d'opérations, en quelque sorte en tous points analogues, mais différant par leurs conséquences, nous montrent une fois de plus la réalité de cette vieille vérité, que dans les mêmes conditions tel individu suppure alors que tel autre ne suppurera pas, et qu'à côté du microbe, nouveau venu qui semble aujourd'hui une cause néces-

saire de la suppuration (1), il faut toujours placer l'individu; celui-ci constituant un milieu favorable ou défavorable au développement de celui-là.

(1) Straus. — *Gaz. hebdomad.*, 1883, p. 835 et 863; *Revue de chirurgie*, t. IV, p. 143. — Cornil. — *Revue de chirurgie*, t. IV, p. 147.

AVRIL

Séance du 4 avril.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

1. **Recherches sur l'anatomie pathologique et la clôture des érythèmes, et de l'érythème polymorphe en particulier;** par M. le D^r H. LELOIR, chef de clinique de la Faculté.

L'érythème, dans ses diverses variétés, est constitué anatomiquement par des phénomènes hyperémiques (variant comme intensité depuis l'hyperémie congestive simple ou non exsudative la plus passagère, jusqu'à l'hyperémie exsudative la plus accentuée), et pouvant se compliquer parfois, d'un certain degré d'inflammation. Mais cette inflammation, quand elle existe (et c'est l'exception, comme nous le verrons), est très légère, très fugace; ce sera plutôt une hyperémie inflammatoire (dans le sens allemand du mot) qu'une inflammation franche proprement dite.

Nous ne nous occuperons ici que de l'étude des lésions anatomiques de l'*érythème polymorphe* (mot préférable au point de vue anatomique à celui d'érythème exsudatif multiforme, car tous les érythèmes saillants sont exsudatifs).

L'étude de cette variété d'érythème comprend l'étude de toutes les formes élémentaires de l'érythème, depuis la macule jusqu'à la nouure, depuis la petite exsudation apparaissant au centre de la papule jusqu'à la bulbe, depuis la légère diapédèse des globules rouges qui complique toujours l'hyperémie exsudative ou cedémateuse jusqu'à l'ecchymose. Donc, en étudiant l'érythème polymorphe, nous aurons passé en revue toutes les formes anatomiques, toutes les lésions élémentaires des érythèmes en général. Nous étudierons successivement dans l'érythème polymorphe les stades suivants, dont nous avons pu recueillir des échantillons au moyen de la biopsie sur plusieurs malades

du service de notre éminent maître, M. le professeur Fournier.

1° *Simple rougeur ou macules* plus ou moins irrégulières, sans infiltration apparente de la peau et se terminant parfois par une légère desquamation.

A ce stade, des coupes fines pratiquées perpendiculairement à la surface de la lésion élémentaire montrent seulement : A. Une dilatation des vaisseaux du derme en particulier de ceux de la couche papillaire et des régions moyennes du derme. B. Bien qu'il n'y ait pas d'infiltration apparente de la peau, il existe déjà parfois un très léger degré de diapédèse de globules blancs ; les globules blancs sont toujours presque accolés aux vaisseaux, d'où ils sont sortis. En somme, on constate ici seulement un degré accentué d'hypérémie simple, accompagné d'un léger degré des phénomènes caractéristiques de l'hypérémie exsudative au début. (*Voir plus haut.*)

2° Dans un degré un peu plus accentué, ce sont des taches de dimension variable, d'un rouge vif, un peu bleuâtres par places. Ces taches sont accompagnées d'un léger épaississement de la peau et font un léger relief.

Ici les phénomènes d'exsudation sont constants. Les vaisseaux dilatés, en particulier ceux des papilles et de la couche moyenne du derme, sont entourés de véritables manchons de cellules lymphatiques extravasées ; ils sont gorgés de globules rouges. Il y a en même temps extravasation de quelques globules rouges et d'une partie du sérum sanguin, coloré sans doute en rouge par l'hémoglobine, comme cela s'observe toujours dans les hypérémies exsudatives passives. Ces phénomènes expliquent l'apparition des taches rouge vif ou violacées ainsi que l'ecchymose souvent consécutive à la disparition de la macule.

3° Si les phénomènes d'exsudation sont plus accentués, alors on voit survenir une véritable papule. Dans ces cas, il y a *hypérémie exsudative du derme et de l'hypoderme, mais surtout du derme.*

Nos examens nous ont montré que, dans les stades précédents, l'hypoderme paraît intact. L'œdème hypodermique ne semble donc se montrer qu'avec la forme papuleuse.

Nous ne pensons donc pas avec Lewin (*Berliner Klinische Wochenschrift*, et *Charité Annales*, t. III, p. 622), que dans l'érythème polymorphe l'exsudat débute toujours primitivement par l'hypoderme et que l'hypérémie dermique soit consécutive. A ce stade, les phénomènes principaux qui frappent l'œil de l'observateur lorsqu'il examine la

coupe d'une de ces lésions élémentaires au moyen d'un grossissement faible sont une dilatation vasculaire notable et une diapédèse considérable. Les leucocytes forment des traînées ou des manchons épais autour des vaisseaux du derme dilaté. Mais non seulement ces globules sortis par diapédèse se trouvent groupés autour des vaisseaux et des glandes si riches en vaisseaux, mais ils se rencontrent à une distance plus ou moins grande de ces vaisseaux, soit disséminés d'une façon irrégulière entre les mailles du tissu conjonctif, soit au contraire formant parfois des amas, des groupes plus ou moins nombreux, plus ou moins grands et plus ou moins denses dans les différents points du derme, surtout au niveau de sa couche moyenne.

Il est probable que ces amas de globules blancs ont été pris par Bohn (*Iarbuch für Kinderheilkunde*, 1868), Obtulovitz (Köbner, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1877), etc., pour des cellules embryonnaires en prolifération. On constate dans l'hypoderme tous les signes d'un œdème peu accentué de l'hypoderme, ainsi que cela a été bien vu d'ailleurs par le professeur Cornil et le professeur Renaut. En plusieurs endroits, au niveau des papilles, on voit ces globules blancs s'insinuer entre les cellules de la couche profonde du corps de Malpighi, pour pénétrer plus avant dans l'épiderme en suivant les espaces intercellulaires du corps de Malpighi.

Ces *cellules migratrices* sont plus ou moins abondantes, suivant les cas; on peut les rencontrer jusque dans les cellules les plus superficielles du corps de Malpighi. Nous en avons même rencontré, rarement il est vrai, jusque dans la couche granuleuse.

Dans cette forme papuleuse pure, on ne constate pas du côté de l'épiderme ces modifications si accentuées et si intéressantes que nous étudierons bientôt à propos des érythèmes vésiculeux, bulleux, etc. Cependant, il existe assez fréquemment une *dilatation du nucléole* d'un certain nombre de cellules du corps de Malpighi. Cette dilatation des nucléoles d'un certain nombre de cellules, et la plus grande abondance de cellules migratrices dans le corps de Malpighi nous expliquent la desquamation de l'épiderme. (Cornil, Renaut.)

Parfois, quelques cellules présentent les signes de l'*altération cavitaire*; nous y reviendrons.

Outre la diapédèse des globules blancs, il y a toujours extravasation d'une quantité plus ou moins considérable de *globules rouges*. Ces globules rouges peuvent se rencontrer non seulement au voisinage des vaisseaux, mais même

à une grande distance de ceux-ci, soit isolés, soit réunis en groupes plus ou moins grands. (V. pl.)

Dans certaines variétés d'érythèmes papuleux à tendance hémorrhagique, ces amas de globules rouges sont assez considérables. Les transformations que subit le sang extravasé rendent compte des teintes ecchymotiques plus ou moins accentuées, presque toujours consécutives à la disparition des lésions élémentaires de l'érythème polymorphe. Souvent on trouve entre les faisceaux conjonctifs ou dans les cellules plates qui les tapissent des granulations colorées en jaune clair, très petites, parfois anguleuses, qui proviennent évidemment de la matière colorante du sang (Cornil, cours de la Faculté, 1884). Dans nos différents cas, même sur des préparations colorées à l'aide de l'éosine ou au moyen du procédé de Ehrlich, nous n'avons trouvé aucune spore, aucun tube de mycélium, aucun microbe, aucun bacille, aucun parasite en un mot.

Rappelons, à ce propos, que Kohn (*Archif. für Dermatologie und Syphiligraphie*, 1871, p. 311), a décrit des tubes de mycélium dans l'érythème polymorphe. Il est vrai que depuis cette époque ces tubes de mycélium n'ont été revus par personne ni même par Kohn. On ne saurait trop se mettre en garde contre les causes multiples d'erreurs pouvant être la cause de l'introduction de parasites quelconques dans les préparations de peau ; et l'on ne saurait trop se rappeler qu'il existe très souvent des parasites dans l'épiderme ou à la surface de l'épiderme, même normal.

Dans ces formes papulaires de l'érythème polymorphe les lésions de l'œdème hypérémiq ue qui accompagnent toujours à un degré plus ou moins avancé l'hypérémie exsudative sont beaucoup plus accentuées. On trouve çà et là une assez grande quantité d'espaces lymphatiques dilatés. Ils se présentent sous forme de lacunes plus ou moins étalées, creusées en quelque sorte entre les faisceaux du tissu fibreux et revêtues en dedans d'une couche endothéliale comme l'a bien montré Renaut. Les cellules plates du tissu conjonctif qui tapissent ces espaces lymphatiques sont gonflées ; beaucoup d'entre elles sont granulo-graisseuses et présentent un noyau fort apparent, souvent vésiculeux ; mais elles ne présentent pas de tendance à la prolifération. Souvent cet endothélium desquamé forme des amas caractéristiques. Les espaces lymphatiques qui entourent les glandes sudoripares, et, à un moindre degré, les glandes pilo-sébacées, sont entourés d'une grande quantité de globules blancs mélangés de quelques globules rouges.

Parfois, deux ou trois espaces lymphatiques dilatés peu-

vent se disposer de manière à entourer un vaisseau sanguin, mais toujours à distance et sous forme de croissants creusés dans le tissu fibreux, comme l'a également bien montré Renaut à propos des œdèmes cutanés.

Ces espaces lymphatiques et ces lymphatiques contiennent des caillots de lymphé bien apparents sur les préparations de peau vivante fixées par l'acide osmique. Ils sont entourés d'une certaine quantité de leucocytes. Le liquide exsudé que l'on trouve entre les mailles du tissu conjonctif n'est pas spontanément coagulable et dans nombre de cas il ne nous a pas paru contenir de fibrine. Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi, et cela se comprend d'ailleurs, car nous sommes en quelque sorte à cheval sur l'inflammation et l'hypérémie.

Le professeur Cornil (*cours de la Faculté, 1884*) et nous-même avons trouvé de la fibrine dans les lymphatiques dilatés. Ces faits là sont néanmoins exceptionnels.

L'on conçoit très bien, et nous avons montré plus haut comment, que l'œdème congestif, en s'accroissant et en comprimant les vaisseaux centraux du cône vasculaire, siège de la lésion élémentaire, le centre de celle-ci s'anémie. C'est ainsi que se produit le pomphy de l'urticaire, lequel accompagne d'ailleurs souvent l'érythème polymorphe. Aussi les lésions anatomiques de l'urticaire sont-elles très voisines de celles de l'érythème polymorphe, ainsi que nous avons pu le constater sur une papule d'urticaire excisée sur nous-même et fixée de suite par l'acide osmique.

Parfois il se produit autour de la lésion élémentaire, et à une assez grande distance de celle-ci même, un œdème étendu et accentué. Cet œdème peut même devenir légèrement inflammatoire et des lymphangites se produire.

4° Si les phénomènes précités s'accroissent encore davantage, si l'hypoderme est envahi d'une façon plus accentuée encore, si les cellules du tissu conjonctif tendent à proliférer, alors apparaît l'érythème papulo-tuberculeux ou érythema tuberosum.

Ici, la limite étroite qui sépare l'hypérémie de l'inflammation est en quelque sorte franchie. Les cellules fixes tendent à proliférer et le liquide exsudé contient souvent de la fibrine. Mais ici encore ce sont surtout les phénomènes d'hypérémie exsudative ou d'œdème congestif qui prédominent. Jamais on n'y trouve cette infiltration serrée et dense de cellules embryonnaires avec absence de signes caractérisés d'hypérémie exsudative que l'on observe dans certaines inflammations papuleuses de la peau.

J'ai observé dans le service du professeur Fournier, en

1883, un cas d'érythème polymorphe survenu chez un syphilitique rappelant de très près par ses caractères une syphilide varioliforme, puis, plus tard, une syphilide papuleuse ou papulo-vésiculeuse, dont l'examen histologique permit de constater d'une façon certaine que l'on était en présence d'une hyperémie exsudative accentuée, d'un érythème en un mot et non en présence d'une néoplasie cutanée, d'un syphilôme comme on l'avait cru pendant quelques jours. La biopsie est donc d'une utilité diagnostique incontestable dans certains cas d'érythème polymorphe, en précisant les caractères cliniques dépendant de l'absence de néoplasie proprement dite. Aussi, dans les érythèmes, ces tubérosités, malgré leur volume, ne persistent-elles pas longtemps : elles sont fugaces. D'autre part, si l'on serre fortement entre les doigts ces papules, on les réduit, on les fait disparaître pour un moment et l'on voit bien ainsi que l'on a affaire non à une néoplasie, mais à une hyperémie exsudative ou oedémateuse. Rappelons enfin que, d'après Lewin, l'infiltration débiterait d'abord dans le tissu conjonctif sous-cutané et que l'hyperémie lui serait consécutive.

En général, dans ces érythèmes tubéreux, la diapédèse des globules rouges est très abondante. Aussi ces formes d'érythème sont-elles toujours suivies d'ecchymoses accentuées, et par cela encore elles se rapprochent beaucoup de l'érythème noueux où l'extravasation du sang est si accentuée. Nous n'avons pas rencontré dans les capillaires et petits vaisseaux du derme les embolies que Kohn considère comme étant la cause de l'érythème noueux, dont il fait une sorte d'infarctus inflammatoire, sans démonstration histologique, il est vrai.

LÉSIONS DE L'ÉPIDERME DANS L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE. ÉRYTHÈME BULLEUX OU PEMPHIGOÏDE. ÉRYTHÈME VÉSICULEUX (HERPÈS OU ÉRYTHÈMA IRIS).

Les lésions de l'épiderme dans l'érythème polymorphe sont à peine décrites. Nous avons eu occasion de les étudier en 1883 sur des papules recueillies sur un malade du service du professeur Fournier, malade atteint d'un érythème polymorphe simulant, à s'y méprendre, une syphilide varioliforme ou même une varioloïde, et chez lequel le diagnostic demeura incertain pendant 48 heures. D'une façon générale, le processus qui préside à la formation de ces saillies bulleuses ou vésiculeuses est celui de la *phlycténisation*. Cependant, sur une des lésions élémentaires re-

cueillies sur notre malade, nous avons constaté nettement le processus qui préside à la *vésiculation* (*altération cavitaire*). Voici ce que nous avons observé chez ce malade :

DANS UN PREMIER DEGRÉ, alors qu'il n'existait pas encore de phlyctènes ou de vésicules appréciables à l'œil nu, on constatait cependant que le corps de Malpighi était envahi par une grande quantité de *cellules migratrices*; que la zone hyaline centrale périnucléaire d'un certain nombre de cellules du corps de Malpighi était notablement agrandie; en un mot qu'il existait en certains points de l'épiderme un *début d'altération cavitaire* (voir Leloir, *Archives de physiologie*, 1878-1880, etc.)..

D'autre part, quelques cellules présentaient une dilatation considérable de leurs nucléoles.

En quelques points, l'on trouvait au niveau de la couche granuleuse une espèce de décollement de l'épiderme corné au-dessous de cette couche. Sur une autre lésion élémentaire qui présentait au centre une vésicule, on constatait : d'une part, une altération cavitaire assez prononcée en certains points de la partie moyenne du corps de Malpighi, comme cela se rencontre dans certaines vésicules; d'autre part, on constatait au niveau du sommet de quelques papilles des lésions intéressantes.

Les cellules cylindriques de la couche perpendiculaire se trouvaient détachées en masse par places sur une étendue d'une dizaine de cellules environ et constituaient ainsi une sorte de *phlycténule profonde minuscule*, dont la cavité était remplie par un exsudat légèrement fibrineux contenant des leucocytes. En d'autres points, au contraire, elles présentaient des lésions assez analogues à celles décrites par Campana (*Movimento Med. Chir.*, Napoli, 1877), c'est-à-dire qu'elles étaient en partie détachées du sommet de la papille, ou qu'en d'autres points elles étaient plus allongées et comme plus élargies.

En somme, il existait dans ce cas des lésions mixtes avortées, embryonnaires en quelque sorte : 1° de *phlyctènes profondes*; 2° de *vésiculation*. Mais ces lésions, je le répète, étaient embryonnaires ou avortées.

Chez un autre malade (service du D^r Lailler, 1879) et sur une autre lésion élémentaire où existait une bulle assez nette, nous avons, au contraire, trouvé toutes les lésions histologiques de la phlyctène superficielle, c'est-à-dire que l'épiderme corné, soulevé en masse avec quelques parties du *stratum lucidum*, constituait la paroi superficielle de la bulle, et ce qui restait du *stratum lucidum*, ainsi que la couche granuleuse, en constituait la paroi profonde. Quant

à la cavité de la bulle, elle contenait un liquide renfermant à peine quelques traces de fibrine et de très rares leucocytes. *Telles sont les lésions épidermiques que nous avons observées dans plusieurs cas d'érythème polymorphe accompagné de la formation de phlycténules, de bulles, de vésicules.*

Elles pourraient servir de type aux lésions de l'épiderme dans les différentes variétés d'érythème.

On peut, en somme, les résumer ainsi : Sous l'influence de l'hypérémie exsudative, les liquides extravasés et un certain nombre de globules blancs tendent à pénétrer dans l'épiderme. *Cette pression de dedans en dehors tend à soulever en masse l'épiderme par places, mais ce soulèvement, véritablement microscopique, ne se fait que sur des espaces très limités. (Formation de phlyctènes profondes avortées ou embryonnaires).*

Les liquides ou les cellules migratrices pénètrent dans l'épiderme, cheminent dans les espaces intercellulaires qu'ils dilatent. Sous l'influence de cette sorte d'irritation, *un certain nombre de cellules du corps de Malpighi présentent les caractères de l'altération cavitaire. (Formation de vésicules avortées).*

D'autres présentent, au contraire, les signes de l'atrophie du noyau par dilatation du nucléole. Les cellules qui ont ainsi perdu leur noyau ont perdu toute activité formative et parvenues au niveau de la zone granuleuse, elles ne peuvent produire qu'une kératinisation nulle ou incomplète. Elles ne se soudront qu'incomplètement aux cellules voisines et constitueront au niveau du stratum lucidum ou au niveau du stratum granulosum, de petites lignes de clivage minuscule, des *loci minoris resistentiæ*.

Sous l'influence de la pression de dedans en dehors par les liquides exsudés dans le derme, ces *loci minoris resistent* ou cèdent ; il se produit un véritable clivement de l'épiderme au niveau du stratum granulosum ou du stratum lucidum : la phlyctène superficielle est constituée.

En général le liquide de ces phlyctènes superficielles est clair. Dans certains cas, cependant, la diapédèse des leucocytes est beaucoup plus abondante, et le liquide des bulles rempli de globules blancs dégénérés et d'une certaine quantité de fibrine peut devenir purulent. Lorsque cet exsudat purulent se fait dans une bulle, on conçoit très bien, si l'on se rappelle la structure anatomique de la bulle, constituée par une cavité unique, que le pus doit tomber vers les parties déclives. C'est ce qui expli-

que pourquoi l'on rencontre parfois des bulles dont la moitié supérieure est absolument claire, et dont la moitié inférieure où s'est accumulé le pus présente un aspect jaunâtre, lactescent. On conçoit également que, dans les vésicules et vésico-pustules constituées par une série de cavités plus ou moins grandes résultant de l'altération spéciale de l'épiderme décrite par nous sous le nom d'altération caverneuse (Leloir, *Arch. de physiologie*, 1876-1880) il n'existe pas de phénomènes semblables, et que le pus se trouve disséminé dans la vésico-pustule, dans toutes les petites cavités ou loges qui la constituent. Enfin, dans certains cas, lorsqu'il y a eu également une extravasation de globules rouges ou de sérum coloré par le sang, le liquide des bulles peut devenir hémorrhagique et présenter une teinte rouge plus ou moins foncée. Jamais, à la suite de ces bulles ou pseudo-bulles, on ne voit survenir d'altérations véritables, et les légères exulcérations consécutives à ces lésions épidermiques guérissent toujours rapidement sans laisser à leur suite de cicatrices.

À la suite de ces lésions élémentaires, il ne persiste plus qu'une exfoliation de courte durée et une teinte ecchymotique ou bistrée plus ou moins persistante.

Telle est l'anatomie pathologique de l'érythème polymorphe.

Si elle nous donne des renseignements précis sur sa structure intime, si elle nous montre que nous avons affaire à des lésions d'hypérémie et d'hypérémie inflammatoire, elle ne nous fournit malheureusement que des données très vagues sur son étiologie intime. Yarisch a publié (*Viertel Jahreschrift für Dermatologie*, 1880) des lésions de l'axe gris central de la moelle dans un cas d'herpès iris.

Certaines formes de l'érythème exsudatif multiforme se rapprocheraient donc par leur pathogénie de certains pemphigus dont l'origine trophoneurotique est démontrée (Déjerine, Leloir, Schwimmer, P. Mayer, Babès, etc.). (Voir pour plus de détails mon article *Trophonévrose* du *Dict. de Jaccoud*, 1884).

En est-il toujours ainsi? Il est difficile de le dire, le cas de Yarisch étant encore le seul qui existe. D'autre part, malgré les recherches de Kohn, on n'a pas encore trouvé de parasites dans l'érythème polymorphe, bien que différentes raisons plaident en faveur de la matière infectieuse, dans certains cas du moins. Ainsi on l'a constaté tout à fait au début de la syphilis, dans la pneumonie, des processus septiques et infectieux, certains états rhumatoïdes infectieux, la grippe (Siredéy, etc., etc.). Force nous est donc de le

considérer actuellement comme une *angionévrose* dont les causes peuvent être très différentes et très multiples.

2. Phlegmon de la cuisse droite chez une femme au neuvième mois de la grossesse. — Fièvre de suppuration. — Herpès labial. — Albuminurie. — Avortement. — Péritonite terminale. — Autopsie. — Micrococci et chaînettes dans le pus et les fausses membranes de la péritonite, dans les reins, le foie, etc. Observation recueillie par M. CHANTEMESSE. — Examen histologique ; par M. CORNIL.

La nommée E..., Marie, âgée de 35 ans, blanchisseuse, est entrée le 20 mars 1884, salle Grisolles, lit n° 42 (service de M. CORNIL).

Cette femme, de constitution assez vigoureuse, n'aurait jamais été malade. Mariée, elle a eu trois enfants. Elle a travaillé beaucoup pendant toute sa grossesse. Le lundi 16 mars, elle est prise, sans cause connue, de malaise, de maux de reins et de frissons. Le 17, elle va à la consultation de Bicêtre; elle ne paraissait avoir qu'un embarras gastrique. Le 18, une rougeur intense apparaît sur la partie moyenne de la face interne de la cuisse; en même temps ou peu après, il survint une éruption de vésicules sur la face, au niveau des lèvres supérieure et inférieure.

Le 20 mars, elle vient à pied à l'hôpital de la Pitié. Elle était alors dans le neuvième mois de sa grossesse et, depuis la veille, elle ne sentait plus remuer.

20 mars soir. Fièvre assez vive, soif, inappétence, douleurs de la tête et des reins. Pas de toux; la malade se plaint seulement d'un point de côté qu'elle ressent à la base inférieure du thorax depuis plusieurs mois. A l'auscultation, on ne découvre rien ni aux poumons, ni au cœur. Sur la surface muqueuse et cutanée des lèvres, il existe une abondante éruption de vésicules d'herpès, confluentes en certains points, disséminées en d'autres. Le nombre de ces vésicules peut être évalué à cinquante. Leur siège est limité aux lèvres; on n'en trouve pas sur le reste de la face ou dans la gorge.

Au milieu de la face interne de la cuisse droite, il existe une plaque indurée ayant environ 4 cent. carrés, très légèrement saillante, d'un rouge foncé, à surface tomenteuse et chagrinée. Elle apparaît formée par la confluence extrême d'une multitude de vésicules à peine développées. Quelques-unes contiennent du liquide citrin, d'autres paraissent remplies d'un liquide plus foncé, presque noir, de telle sorte qu'il existe au centre de la plaque trois points noi-

ratres sous-jacents à l'épithélium. Cette apparence particulière donne à la plaque une ressemblance grossière avec la pustule maligne. Autour de la plaque et dans un périmètre ayant à peu près 10 cent. de rayon, le tissu cellulaire sous-cutané est gonflé, rouge et empâté. C'est avec peine que le doigt le déprime pour y marquer son empreinte. La cuisse est à ce niveau beaucoup plus grosse que du côté opposé. L'urine contient une légère quantité d'albumine. Le dépôt urinaire, examiné peu de temps après l'émission de l'urine, contient des cylindres et des microbes en chaînettes libres ou adhérents à la surface des cylindres hyalins.

21 mars. Même état. Mauvaise nuit. L'empatement profond de la cuisse est encore plus développé. Le soir, on trouve des micrococci et des chaînettes dans le liquide des vésicules de la cuisse.

22 mars. La rougeur et l'œdème ont notablement diminué autour de la plaque. Quant à la plaque, elle est toujours indurée et conserve à peu près les mêmes caractères. Deux ou trois vésicules se sont vidées et l'épithélium s'est affaissé sous forme d'un petit lambeau grisâtre. L'état général reste toujours mauvais, la langue blanche; cependant, la malade mange un peu et se lève pour faire son lit elle-même. Le soir, la fièvre est plus forte, 39°,5. La surveillante nous dit que la malade a perdu une assez grande quantité de liquide ressemblant au liquide amniotique.

23 mars. Mauvaise nuit. Les vésicules d'herpès de la face sont desséchées et recouvertes d'une croûte noire. La plaque de la cuisse droite ne s'est pas modifiée; elle est toujours entourée d'un œdème de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané voisin. Toutefois, cet œdème est moins dur et se laisse déprimer par le doigt. A midi, grand frisson avec claquement de dents. Ce frisson dure environ une heure et s'accompagne de céphalalgie vive. — A quatre heures du soir, la malade est pâle, très abattue; elle accuse des douleurs dans les reins et dans le ventre. L'utérus se contracte à intervalles assez rapprochés. En aucun point de la région abdominale, on n'entend les battements du cœur d'un fœtus.

24 mars. Ce matin, l'état général est très mauvais: la langue sèche, le pouls petit et très précipité. La face est pâle, les yeux paraissent enfoncés. Les mains et le visage commencent à se refroidir; la température centrale est au contraire élevée. La voie est cassée. A dix heures, *accouchement* d'un premier fœtus, âgé de 8 mois environ, dont la mort paraît remonter à deux ou trois jours. A trois heures, *accouchement* d'un second enfant mort. Aussitôt

après la délivrance, le ventre se ballonné, les vomissements bilieux et verdâtres surviennent incessamment. Rejet de toutes les boissons, anxiété, dyspnée vive, pouls très rapide, T. 40°. Avec tous ces phénomènes graves, l'intelligence reste intacte. La quantité d'albumine a augmenté dans l'urine. La plaque de la cuisse droite conserve à peu près les mêmes caractères; elle est toutefois plus noire par places et résiste moins sous le doigt. Autour de cette plaque, sur la face antérieure interne, sur le genou et sur la face interne de la cuisse gauche on voit de grandes plaques irrégulières d'érythème à bords irréguliers, inégaux, mais sans aucune trace d'élévure. Cet érythème a une coloration rouge vif et s'efface presque complètement à la pression. — Lait glacé, potion de Rivière, Todd, etc.

25 mars. Adynamie, dyspnée vive, sans lésion pulmonaire reconnaissable à l'auscultation. Refroidissement de la face et des membres. A la place de l'éruption érythémateuse de la cuisse, on voit des plaques violacées, ecchymotiques, qui rappellent tout à fait les hémorragies sous-cutanées de certaines maladies infectieuses. L'urine prise avec la sonde et examinée une heure après, contient un fort nuage d'albumine. On y trouve aussi des cylindres hyalins qui paraissent tapissés d'une grande quantité de microbes arrondis. — Mort à neuf heures du matin.

En résumé, une femme de 35 ans, dans le neuvième mois de sa grossesse, est atteinte de malaise, de frisson et d'un phlegmon de la cuisse le 16 mars; la fièvre augmente le 20 mars, et il se manifeste une éruption d'herpès à la lèvre supérieure et inférieure. L'urine contient une quantité notable d'albumine, des cylindres hyalins et des microbes en chaînettes. Les grands frissons, la fièvre continuent. Le liquide des vésicules développées sur la plaque phlegmonieuse et le liquide du phlegmon renferment une grande quantité de micrococci, de diplococci et de chaînettes. Le 24, la malade accouche successivement de deux jumeaux morts-nés, dont la mort paraît remonter à plusieurs jours. Elle est prise de vomissements, de refroidissement, de douleurs abdominales et elle meurt le 25 mars au matin, dans l'adynamie.

AUTOPSIE faite 24 h. après la mort. — La cuisse droite est le siège, à sa face interne, d'un *phlegmon* profond du tissu cellulaire sous-cutané, entouré d'un œdème étendu de telle sorte que la peau de toute la région interne de la cuisse est indurée. La surface de section de la peau à ce niveau donne du pus épais au raclage. Au-dessus et au-des-

sous de ce point infiltré, on observe de l'œdème, non seulement du tissu cellulaire sous-cutané, mais aussi du tissu cellulaire sous-aponévrotique. Les vaisseaux de la région et du voisinage ne présentent aucune coagulation dans leur intérieur. On observe seulement une certaine rigidité de leurs parois, due à l'infiltration œdémateuse de leur tunique adventice. — Il existe dans l'aîne des ganglions volumineux, mais sans suppuration manifeste.

Les *poumons* sont normaux. Toutefois, à droite, à la base du lobe moyen, on remarque de l'emphysème et de petits nodules durs, formés par une coque fibreuse et contenant dans leur intérieur une substance calcifiée et crayeuse. — La *plèvre* ne contenait pas de liquide. — Le *sérosité* péricardique est un peu louche. — *Cœur*. Les valvules cardiaques sont normales. Le cœur est peut-être un peu plus gros qu'à l'état normal, mais il ne paraît pas sensiblement hypertrophié. — La musculature du cœur est rouge et dure.

Le *péritoine* est rempli d'une sérosité louche, puriforme, et de fausses membranes fibrineuses récentes. — L'*estomac* est très dilaté. Il s'est écoulé d'ailleurs beaucoup de liquide par la bouche. — *Intestin*. Il est très distendu par des gaz. Les anses intestinales sont réunies par des fausses membranes fibrineuses récentes et faciles à rompre.

L'*utérus* est de la grosseur d'une tête d'enfant. Les annexes sont en partie adhérentes à l'utérus; les ligaments larges sont œdédiés et couverts de fausses membranes fibrineuses récentes. — L'*ovaire* présente un œdème de son tissu, et, dans les corps jaunes, on trouve un liquide séreux et jaunâtre. La surface de l'utérus est tapissée par des fausses membranes fibrineuses. Sa surface interne contient du sang et des caillots.

Le *foie* est assez gros. Il est lisse à sa surface; sa couleur est uniformément gris-rosé et donne, par cet aspect, l'idée d'une dégénérescence graisseuse. — La *rate* est grosse et difflue, de couleur rose. — Les *reins* sont pâles. Leur capsule s'enlève difficilement. La surface des reins est irrégulière: elle présente des parties lisses et d'autres granuleuses. — Le rein droit est plus petit que le rein gauche. A gauche, on observe à la surface du rein des points déprimés qui paraissent se rattacher à des infarctus anciens. — La substance corticale est gris pâle, tandis que la substance tubuleuse est rouge. Le *bassin* du rein gauche est dilaté. — Pas d'abcès du foie ni du rein.

Examen microscopique. — Le pus recueilli pendant la vie, à la première ponction qui a été faite dans le tissu du

derme, a été étalé de suite et desséché sur des lamelles, puis coloré au violet de méthyl B, placé dans la solution d'iodure de potassium iodé, coloré à l'éosine, puis décoloré à l'alcool absolu et à l'essence de girofle. Les préparations montées dans le baume ont montré des chaînettes de micrococci assez volumineuses, mesurant de $0\ \mu$, 5 à $0\ \mu$, 6 de diamètre, sinueuses, repliées sur elles-mêmes, pelotonnées, soit libres, soit adhérentes au protoplasma des globules de pus. Ces chaînettes étaient en très grande quantité. Indépendamment des chaînettes, il y avait de plus petits microbes, isolés ou associés deux par deux, soit dans le liquide, soit dans les cellules de pus.

On a en même temps recueilli dans un tube effilé et stérilisé une gouttelette de pus qui a été cultivée sur de la gélatine peptone. Le lendemain, la gélatine liquéfiée et troublée à sa surface, contenait une quantité considérable de chaînettes formées de microbes ronds volumineux, tous égaux les uns aux autres, mesurant de $0\ \mu$, 5 à $0\ \mu$, 6. Une goutte de ce liquide de culture, injectée sous la peau d'un cobaye, a donné lieu à un petit phlegmon sans réaction fébrile, qui a guéri spontanément.

Un morceau de la peau atteinte de phlegmon a été durci dans l'alcool et examiné sur des coupes. Les papilles sont très volumineuses et oedématisées; le revêtement épidermique est mince. Dans les papilles, les fibrilles de tissu conjonctif sont dissociées et séparées par du liquide dans lequel on voit un très petit nombre de cellules migratrices. On y trouve un certain nombre de diplococci ou de chaînettes constituées par des spores volumineuses. Ces mêmes micro-organismes se rencontrent çà et là dans les couches épidermiques, surtout dans le corps muqueux de Malpighi, entre les cellules pavimenteuses.

Plus profondément, il existe des collections purulentes dans le tissu cellulo-adipeux, avec des cellules de pus et des microbes en chaînettes en quantité considérable; d'autres lobules adipeux ont conservé encore leur apparence et montrent des microbes soit dans les vaisseaux, soit au pourtour des vésicules adipeuses; en un mot, on y trouve tous les caractères histologiques du phlegmon.

Les fausses membranes de la péritonite ont été examinées sur des coupes après durcissement dans l'alcool, et après la coloration obtenue comme pour les lamelles. Les préparations ainsi colorées, montées dans le baume, présentent les faisceaux et fibrilles de fibrine colorés en rouge ainsi que les globules de pus extrêmement nombreux et pressés qui se trouvent partout à la surface des fibres et entre elles. A

la surface des fibrilles et des globules de pus et entre ces éléments, on voit une quantité colossale de chaînettes de microbes ronds volumineux et de diplococci ou micrococci également volumineux, de $0\ \mu\ 2$, 4 à $0\ \mu\ 6$. Tous les micro-organismes sont colorés en violet intense. Dans les diverses opérations de coloration et de montage des pièces, les coupes se sont plus ou moins dissociées et les globules du pus sont devenus libres. Au moindre mouvement qu'on imprime à la lamelle de verre couvre-objet, ces globules se déplacent, s'isolent ou se réunissent. Quelques-uns des micro-organismes placés à leur surface s'en détachent,



Fig. 28. — Cellules du pus contenu dans la péritone contenant des chaînettes de micrococci dans leur protoplasma. — Grossissement de 1200 diamètres environ, obj. 12 à immersion homogène de Nerick.

mais la plupart des chaînettes et des micrococci restent adhérents aux globules de pus, de telle sorte qu'on peut dire que les micro-organismes siègent en partie dans le protoplasma ou lui sont intimement accolés. Presque tous les globules de pus possèdent ainsi plusieurs chaînettes composées de 4 à 10 ou 20 spores. Les chaînettes sont sinueuses ou coudées d'une façon irrégulière ou pelotonnées sur elles-mêmes (fig. 28).

Ligament large. Nous avons examiné à l'aide du même procédé de coloration, des coupes comprenant l'épaisseur et la surface d'un fragment du ligament large cedématié. Les fibres du tissu conjonctif sont écartées les unes des autres par du liquide contenant des globules de pus ou cellules migratrices, et quelques micro-organismes libres ou situés dans les cellules. Les cellules fixes sont tuméfiées. A la surface du ligament large, on trouve des fausses membranes présentant les lésions que nous venons d'exposer.

Les coupes du rein ont montré d'abord tous les caractères de la néphrite diffuse aiguë : tuméfaction des cellules des tubes contournés, exsudat réticulé ou boules dans leur lumière, cylindres hyalins dans les tubes droits, etc. Sur les coupes, doublement colorées par le violet et l'éosine, on trouvait quelques diplococci ou des chaînettes en petit

nombre, disséminés, soit dans la lumière des tubes, accolés au bord libre des cellules, soit entre les cellules épithéliales ou en dehors des tubes dans le tissu conjonctif. Il y en avait aussi quelques-uns situés dans les capillaires, mais sans qu'ils fussent disposés là en amas, et sans qu'il y eût en aucun point de nos préparations examinées d'oblitération vasculaire ni d'abcès miliaires du rein.

Les coupes du foie nous ont présenté des lésions analogues, des micrococci ou des diplococci disséminés, ou quelques petites chaînettes entre les cellules hépatiques, ou dans les vaisseaux capillaires, sans qu'il y eût d'accumulation de ces micro-organismes, ni de thrombus vasculaire, ni d'abcès miliaire.

D'après cet examen histologique, on peut dire que le sang charriait beaucoup de micro-organismes ayant envahi toute l'économie et déterminé une péritonite généralisée après avoir pris leur point de départ dans un phlegmon de la peau de la cuisse.

Le procédé de coloration que nous avons employé (procédé de Gram. (Voir séance du 4 avril 1884) permet de reconnaître très facilement sur les coupes, les micro-organismes lorsqu'ils sont disséminés et en très petit nombre en raison de leur couleur violette qui tranche sur le fond rouge des tissus.

Ces microbes ressemblent exactement aux chaînettes que nous avons vues dans le phlegmon et dans le pus de la pleurésie purulente (séance du 4 avril) et aussi à ceux que M. Doléris a figurés dans son excellente thèse sur la fièvre puerpérale.

Cependant, d'après les symptômes cliniques, et d'après les examens qui ont été faits du liquide des vésicules d'herpès et du liquide du phlegmon cutané, on peut dire que le point de départ de la fièvre infectieuse et de la péritonite terminale a été le phlegmon cutané et non la plaie utérine résultant de l'accouchement.

Il s'agit ici d'une péritonite puerpérale causée par un phlegmon cutané et non par l'accouchement.

Il est probable que chez cette femme qui a continué à travailler de son métier de blanchisseuse jusqu'au dernier moment, le phlegmon a été dû à la fatigue et au surmenage: le phlegmon lui-même a été le lieu de culture des micro-organismes qui se sont ensuite généralisés au moment où est survenue la fièvre d'infection. L'état puerpéral, l'accouchement, la dépression des forces qui en résultaient ont à leur tour aggravé la maladie et sont entrés pour leur part dans la terminaison si rapidement funeste.

En résumé, une inflammation banale a été la cause d'une fièvre puerpérale, car l'avortement et la péritonite ne sont survenus que sept jours après le début d'un phlegmon et de la fièvre causée par lui.

3. Cancer de l'intérus à forme ulcéreuse. — Péritonite latente. — Péricardite hémorrhagique. Observation présentée à la Société anatomique; par J. DARIER, interne des hôpitaux.

La nommée de B..., 57 ans, matelassière, est apportée le 17 janvier 1884 (service de M. MESNET, à l'hôpital Saint-Antoine).

Cette femme est dans un état de maigreur et d'affaiblissement pitoyable et jouit d'une intelligence plus que médiocre. Tous les renseignements qu'elle donne, contredits souvent par elle-même le lendemain, sont trop incertains pour mériter d'être rapportés. Ce qui est constant toutefois, c'est que depuis fort longtemps elle se livrait à des excès de boissons; en outre, depuis un mois environ, elle est tombée dans la plus profonde misère et a grandement souffert de la faim. L'examen de tous les appareils, pratiqué à son entrée, n'ayant rien fait découvrir d'anormal, on considéra cette femme comme famélique seulement et on lui prescrivit un régime spécial. Dans la suite on remarqua qu'elle ne se fortifiait guère, qu'elle mangeait en somme fort peu, se déclarant souvent rassasiée après une portion de potage.

Examinée à plusieurs reprises, elle fut toujours trouvée dans l'état suivant: Maigreur et pâleur, langue normale, jamais de vomissements, constipation habituelle, ventre peu ballonné et souple, sans ascite, pas trace de tuberculose, cœur normal, foie et rate normaux, urines claires sans sucre ni albumine.

Au bout de quelques semaines, le teint prit une coloration d'un jaune terreux caractéristique: rien ne permettait d'assigner une localisation quelconque au cancer. Puis apparurent des œdèmes peu marqués et fugaces. Il importe de noter l'absence complète de tout écoulement séreux ou purulent, à plus forte raison sanguin par le vagin; l'absence de douleurs abdominales, de fièvre (quelquefois 38° le soir), de vomissements; l'étendue normale de la matité précordiale, le défaut de palpitations et de bruits anormaux à l'auscultation du cœur. Les trois derniers jours de sa vie un nouveau symptôme survint: chaque fois que la malade avait bu, la déglutition se faisait parfaitement bien, elle était prise d'une véritable syncope durant 30 ou 40 secondes. La tête renversée sur l'oreiller, les yeux convul-

sés en haut, les extrémités cyanosées, le pouls complètement éteint, elle semblait avoir succombé, et revenait à elle peu à peu seulement. Le 2 avril, une de ces syncopes l'emporta.

L'AUTOPSIE fut pratiquée le 3 avril 1884, à 4 heures du soir. La cavité pleurale du côté droit contient environ un demi-litre de sérosité citrine, parfaitement claire, où flottent un petit nombre de flocons fibrineux. — Rien dans la plèvre droite. Des deux côtés, quelques adhérences fibreuses anciennes. Les deux poumons sont oedématisés ; du côté gauche on trouve 3 ou 4 lobules en hépatisation rouge, groupés sur le bord antérieur. Pas de tubercules. Entre les poumons, l'espace occupé par le péricarde et son contenu paraît d'emblée exagéré. En ouvrant le sac péricardique par sa face antérieure, on le trouve adhérent au feuillet viscéral. Mais ces adhérences très intimes sont en même temps friables et se rompent aisément. En remontant du côté de l'oreillette gauche, nous trouvons tout d'un coup, et sans avoir employé d'instrument tranchant, une cavité d'où s'écoule immédiatement et en jet une grande quantité de sang. Ce sang est noirâtre, épais, presque poisseux et ne contient pas de caillots. Quand il s'en est écoulé environ 300 à 400 grammes, on constate que la cavité qui le contenait est limitée par les deux feuillets du péricarde lui-même. Sur le bord de l'oreillette gauche et sur toute la face postérieure des oreillettes et des ventricules se trouve cette cavité parfaitement close, tapissée d'un feuillet friable, fibrineux, à surface vilieuse, rougeâtre, tomenteuse sur quelques points. Aux points où les feuillets viscéral et pariétal se réunissent tout autour de la cavité, cet exsudat en forme de fausse membrane se continue en se réfléchissant de l'une des parois sur l'autre. Détail curieux : l'auricule gauche est comprise dans la région de l'épanchement onkysté et on la trouve retournée en doigt de gant, invaginée dans l'oreillette sans doute sous l'influence de la pression du liquide dans la cavité péricardique. Près de la pointe du cœur, la cavité dépasse le bord droit et envahit un peu sur la face antérieure du ventricule droit dans l'espace de quelques centimètres. Cette partie antérieure est réunie à la postérieure par un canal étroit, admettant à peine l'auriculaire. En somme, la portion du péricarde contenant du sang onkysté avait la forme d'une cavité en bissac.

Le cœur lui-même est flasque, le myocarde semble néanmoins normal. Les deux endocardes sont sains, y compris les valvules auriculo-ventriculaires et les sygmoïdes.

L'aorte offre un peu d'athérome au niveau de la crosse seulement.

Les autres organes du médiastin sont normaux. L'œsophage était sans doute un peu comprimé par l'épanchement péricardique. Une fois les organes extraits de la cavité thoracique, on ne peut plus s'en assurer. La cavité péritonéale ne contient pas de liquide. Au contraire, sa cavité est effacée partout par des adhérences. Les replis de l'intestin sont agglutinés entre eux et au péritoine pariétal par des courts tractus fibreux comme ceux d'une péritonite récente. En certains points pourtant, notamment autour du foie et dans le petit bassin, les adhérences sont fibreuses et beaucoup plus résistantes. L'estomac est dilaté, sa muqueuse friable par auto-digestion montre de nombreuses dilatations vasculaires. Le reste du tube digestif est normal.

La rate est petite et ferme. Le foie est très gras.

Les reins semblent absolument normaux, sauf un certain degré d'adhérence de la capsule qui entraîne, quand on l'arrache, quelque peu de la substance corticale. Leur volume est normal, pas de kystes.

Les uretères sont sains et de calibre normal. La vessie, revenue sur elle-même, est vide. L'utérus offre un corps normal, mais le col a entièrement disparu. Il a été rougi et détruit par une ulcération cancéreuse qui occupe en même temps le 1/3 supérieur du vagin. Cet « ulcère cancéreux » si l'on peut dire ainsi, présente une surface ardoisée, irrégulière, tomenteuse même, qui repose sur un tissu pathologique d'une très minime épaisseur. Il en résulte que le toucher ne donne pas la sensation de bourgeons friables habituelle dans le cancer, et c'est à peine s'il y a un peu moins de souplesse dans les culs-de-sac du vagin. Les ganglions de l'excavation pelvienne sont, ainsi que ceux de la région lombaire, tuméfiés, volumineux, et sont évidemment envahis par le cancer ; à la coupe, le raclage fournit un suc laiteux. Cette altération des ganglions ne remonte pas au delà du niveau des artères rénales et n'éteint pas non plus les ganglions du mésentère proprement dits. Cette forme latente du cancer de l'utérus sans écoulement sanieux et sans hémorrhagie, ayant causé secondairement une péritonite subaiguë, laquelle s'est propagée au péricarde, nous a paru mériter d'être signalée. C'est sans doute à l'état cachectique que l'on doit attribuer la nature hémorrhagique de l'épanchement péricardique.

4. Rétrécissement mitral d'origine congénitale ; par
M. Eugène DESCHAMPS, interne des hôpitaux.

Le nommé B..., Ernest, âgé de 17 ans, entre le 25 mars 1884, dans le service de M. le D^r PROUST, à l'hôpital Lariboisière, salle St-Charles, lit n° 5.

Ce malade, apporté asphyxiant à l'hôpital, ne peut donner que très difficilement des renseignements. Cependant, on peut savoir, soit par ce qu'il dit, soit par les personnes qui l'ont amené, qu'il n'a jamais eu d'attaque de rhumatisme, mais qu'il est issu d'une famille de cardiaques. Etant enfant, il jouait et courait comme tout le monde ; mais il a conservé, malgré son âge, un aspect véritablement infantile. Depuis un an environ, et cela sans qu'on puisse en retrouver la cause, il se plaint de palpitations, d'étouffements ; ses jambes sont enflées depuis 8 jours. Au moment de son entrée à l'hôpital, sa face est bleuâtre, couverte de sueurs froides, les lèvres violacées, les yeux hagards, humides ; les extrémités sont refroidies, les membres inférieurs œdématiés ; la dyspnée est extrême, la syncope imminente. Le pouls est imperceptible, le cœur bat faiblement, irrégulièrement. On entend un souffle doux au premier temps, le long du bord gauche du sternum, un peu au-dessous du mamelon. Rien à la pointe même, qui bat dans la ligne axillaire. La poitrine est pleine de râles de congestion ; il y a des signes d'épanchement aux deux bases.

Le malade, entré à 4 heures de l'après-midi, meurt à 7 heures du soir.

AUTOPSIE, le 27 mars. — Il y a environ un litre de liquide séreux dans les deux plèvres, mais pas de pleurésie ; les poumons sont fortement congestionnés et présentent à la coupe de nombreux noyaux apoplectiques.

Le foie et les reins sont congestionnés.

Le cœur est hypertrophié ; l'hypertrophie porte presque exclusivement sur le ventricule droit qui est considérablement augmenté de volume alors que le cœur gauche semble plutôt rétréci ; c'est ce dont il est du reste facile de s'assurer en ouvrant les cavités cardiaques : on voit alors que l'épaisseur des parois du ventricule droit est presque égale à celle du ventricule gauche (elle est d'environ 11 à 12 millimètres) et que la cavité de ce dernier est bien inférieure à celle du premier. Vu par l'oreillette, l'orifice mitral est fendu en amande dans le sens transversal, mais il

est très diminué de diamètre ; à peine peut-on y introduire un manche de porte-plume de 6 à 7 millimètres de diamètre ; il n'y a pas à ce niveau trace d'endocardite récente. Les valvules sont simples et parfaitement suffisantes, bien que présentant un aspect fibroïde surtout au niveau de leur attache au pourtour de l'orifice ; à ce niveau, elles sont également réunies par leurs bords. Sur la paroi postérieure de l'oreillette gauche, à deux centimètres environ au-dessus de l'orifice mitral, il existe une plaque rouge d'endocardite récente étendue transversalement, ayant près d'un centimètre de longueur sur quatre ou cinq millimètres de hauteur.

Sur les bords des valvules sigmoïdes de l'aorte, il existe une légère endocardite végétante récente ; un peu au-dessous de l'orifice aortique, sur les parois de l'infundibulum, il existe une plaque d'endocardite ancienne.

Le cœur droit est très dilaté, la valvule tricuspide est manifestement insuffisante, l'orifice dilaté ; sur les bords libres de la valvule, il existe un cordon régulier de petites végétations récentes, présentant à peine la grosseur d'un grain de millet, regardant l'axe du ventricule et reposant sur des traces d'endocardite ancienne. En somme, nous croyons être en présence d'un cœur malade depuis longtemps et sur lequel il y a eu une poussée récente. La dilatation du ventricule droit, l'hypertrophie de ses parois, le rétrécissement du ventricule gauche, nous prouvent surabondamment qu'il s'agit d'une endocardite ancienne généralisée aux deux cœurs. L'absence d'accidents jusqu'à l'âge de 16 ans ; l'absence de toute attaque de rhumatisme ou d'affection rhumatismale parmi les antécédents personnels, l'aspect infantile du malade, nous font supposer qu'il s'agit ici d'un rétrécissement mitral d'origine congénitale. Il est d'ailleurs parfaitement permis de supposer qu'il y a eu compensation pendant de longues années, ce qui nous explique comment le malade, enfant, pouvait jouer et courir comme tous ses petits camarades.

Que sous l'influence d'une cause inconnue, il y ait eu une poussée aiguë portant surtout sur la tricuspide, et nous voyons poindre les phénomènes morbides : palpitations de cœur, essoufflement, et plus tard l'œdème et l'asthénie.

Nous croyons donc qu'il est possible de rapporter ce rétrécissement à une endocardite fœtale ; et c'est pourquoi nous intitulez notre observation : Rétrécissement mitral, d'origine congénitale. Cette observation est encore intéressante, non seulement à cause de la rareté du rétrécis-

sement mitral pur, mais encore à cause du sexe du malade. On sait, en effet, que cette affection se montre de préférence chez la femme.

Les pièces, présentées à la Société anatomique dans la séance du 4 avril 1884, ont été déposées au Musée.

5. Rétrécissement du bassin. — Hydrométrie de l'amnios. — Tumeur fœtale ; par GIROUX, interne des hôpitaux.

La nommée Christian Joséphine, 20 ans, fleuriste, entre le 22 mars, à l'hôpital Tenon, pavillon Baudelocque, lit n° 6 (dans le service de M. RIBEMONT).

Antécédents. — Renseignements très incomplets sur la première enfance. Il semble s'être fait quelque détermination morbide du côté du squelette ; la malade a marché tard, un médecin avait été obligé de la maintenir au lit et de faire de l'extension sur la jambe gauche qui paraissait plus courte que l'autre.

Pendant la deuxième enfance, fièvres éruptives, coqueluche, accès froids multiples du cou et des membres, sans rapport avec le squelette. Pas d'antécédents syphilitiques.

Réglée à 14 ans. Menstruation toujours normale.

Premier accouchement en février 1883. La terminaison a nécessité une craniotomie faite par M. Ribemont. La deuxième grossesse actuelle a commencé en septembre dernier. Pendant les quatre premiers mois, rien d'anormal, sauf des douleurs lombaires tenaces. A 4 mois 1/2, la malade a senti remuer. Les mouvements actifs n'ont pas cessé d'être perçus jusqu'ici.

Il y a quatre semaines, le ventre, augmenté normalement, prit rapidement, en huit jours, un développement considérable. En même temps, recrudescence des douleurs lombaires, tiraillements dans le bas-ventre, et dans les derniers jours, véritables accès d'étouffement soulagés par l'attitude assise. Perte du sommeil et de l'appétit.

La persistance de ces troubles, l'altération de l'état général déterminent la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Malade de petite taille, pâle, maigre ; facies très fatigué. R. à 28, laborieuse. P. petit à 110. T. normale. Les lèvres et la conjonctive ont une teinte légèrement bleutée. Renseignements obstétricaux importants.

Ventre volumineux, ovale, 90 centimètres de ceinture à l'ombilic. Fond de l'utérus déjà sous les fausses côtes. Le flanc droit paraît présenter une saillie plus marquée, ronde, douloureuse. Téguments normaux. Œdème sus-pubien peu étendu.

A la palpation, rénitence très accusée, générale, égale. Il est impossible de sentir nettement aucune partie fœtale dans plusieurs explorations.

A la percussion, matité régulière convexe en haut. Pas de flot. Auscultation à peu près négative : les battements du cœur fœtal n'ont pas été nettement perçus. Souffle utérin bien caractérisé au bord gauche en bas.

Les parties génitales ne présentent rien à la vue ; humidité, souplesse, pas d'œdème. Au toucher, on trouve le col modérément haut, court (1 cent.), mollasse. Orifice externe irrégulier, déchiqueté à gauche, admettant le doigt qui arrive aisément sur l'œuf. Les membranes sont tendues. Au premier examen, toute la région utérine explorable par le vagin est rénitente, mais dépressible, sans partie fœtale accessible. Mais le soir, on constate dans sa netteté la plus caractéristique du ballottement vaginal dans le cul-de-sac antérieur. Bassin à caractères spéciaux. Promontoire accessible. Diamètre promonto-pubien 8 1/2. Le doigt peut longer de chaque côté le détroit supérieur plus rapproché de la ligne médiane. Arcade pubienne étroite. Diamètre bi-épineux 19, diamètre bis-iliaque 24. On a les caractères d'un bassin vicié par étroitesse absolue. Pas d'écoulement d'aucune sorte par les parties génitales. Pas d'œdème des membres inférieurs. Pas d'albumine dans les urines. Diagnostic : grossesse compliquée d'hydramnios. Bassin étroit. Le soir de l'entrée, gêne plus marquée, accès d'étouffement, agitation continue. On discute un instant la ponction des membranes. Cependant une potion antispasmodique ramène un peu de calme.

23 mars. — Au matin, effacement complet du col, douleurs à caractère intermittent. Début du travail à onze heures. Dilatation lente : agitation, impatience de la malade. A six heures du soir, dilatation comme 5 francs, poche des eaux volumineuse et tendue, bombant dans le vagin. Persistance du ballottement vaginal.

A 11 h. 1/2, dilatation comme la paume de la main. La partie fœtale qui s'engage est nettement reconnue pour être la tête. A cause de sa grande mobilité et de l'agitation de la malade, on se décide, par crainte d'une mutation défavorable, à rompre les membranes. Flot de liquide. La main règle et ralentit l'écoulement. La quantité totale des eaux déposait 3500 grammes. 11 h. 45. La rétraction de l'utérus se fait bien ; l'expulsion commence aussitôt. La tête franchit le col puis vient se dégager à la vulve en occipito-pubienne. Sortie un peu difficile des épaules et de la partie supérieure du tronc, eu égard à leur volume. Puis, dès que

l'insertion ombilicale du cordon est accessible à la commissure postérieure de la vulve, expulsion arrêtée. Traction sur la tête sans résultat. Le cordon est fortement tendu et bat faiblement. On parvient avec peine à en faire la section entre deux ligatures. La ligature du bout placentaire a eu pour objet de servir de guide pour retrouver ce bout remonté.

Pendant ces manœuvres, le fœtus n'a donné aucun signe de vie. Rien d'anormal du côté du fond de l'utérus. Pas d'écoulement de sang par les parties génitales. 11 h. 55. La section du cordon n'a pas fait disparaître la résistance. La partie inférieure du tronc n'avance pas, quoique le doigt ne rencontre rien d'anormal dans la région accessible du fœtus. Les membres inférieurs sont parfaitement mobiles : on parvient à les dégager l'un après l'autre.

La nature de l'obstacle est alors perceptible. L'enfant reste en effet appendu à la mère par une masse charnue énorme, née de la région fessière, qui remplit toute l'excavation et n'est expulsée qu'après dix minutes de tractions énergiques et d'efforts expulsifs soutenus, aidés de petites manœuvres de dégagement normal. 12 h. 15. Etat de la mère satisfaisant. Soulagement considérable.

Utérus bien rétracté. Fond plus saillant en haut et à droite. Délivrance spontanée et régulière après 12 minutes. Ecoulement sanguin modéré, globe dur de l'utérus à la suite. Annexes entières. Placenta très mou, volumineux, mesurant en largeur 17 cent. sur 20. Epaisseur, 3 cent. 1/2, se continuant jusque sur le bord. Poids : 870 grammes. Cordon gras, peu résistant, 30 centimètres. Fœtus en état de mort apparente avec asphyxie bleue. Quelques tentatives inspiratoires incomplètes, pas de cri ; puis, après deux minutes, cessation des battements cardiaques et mort confirmée.

Poids du fœtus avec la tumeur : 1530 grammes. Age : 6 mois à 6 mois 1/2. Sexe féminin. A partir de la délivrance, tout a été normal pour la malade dans les suites de couches. Involution utérine lente. Sortie le 4 avril.

AUTOPSIE du fœtus le 25. — Conformation normale, sauf la saillie de la région coccygienne. Anus refoulé en avant et en haut, situé sur un plan un peu antérieur à la vulve. Conduit ano-rectal perméable.

Dans les grands appareils, aucune particularité, sauf le volume assez remarquable du cœur, la tuméfaction molle et rouge des ganglions lombo-aortiques. Cerveau normal. Os de la voûte bien développés et fontanelles relativement étroites.

Tout l'intérêt est dans l'examen de la tumeur.

Elle siège entre l'anus et le coccyx. Plan postérieur continu avec le sacrum et le dos, l'antérieur avec la région pubienne en formant là une légère dépression qu'occupent superposés les conduits uro-génital et anal.

Forme assez régulièrement arrondie. Sur le côté gauche, sillon semblant produit par l'anse du cordon.

Volume plus considérable que la tête du fœtus. Pourtour : 30 centimètres.

Consistance demi-molle, inégale. Sensation vague de lobulation. La peau qui en forme l'enveloppe extérieure est amincie, et présente par points des veines dilatées. En avant, déchirure transversale de 5 centimètres, paraissant correspondre au point de la tumeur qui a buté contre le promontoire, l'enfant était venue dos en avant.

Tissu cellulaire sous-cutané oedémateux.

Décortication facile de la masse avec les doigts, sauf en certains points plus adhérents par suite de connexions vasculaires. Tissu de la tumeur grisâtre, d'aspect encéphaloïde, de consistance un peu molle. Petits kystes contenant, les uns une matière lactescente, les autres du liquide citrin.

Ensemble de la tumeur tapissé par une membrane d'apparence fibreuse, résistante. Disposition lobée, masses contournées, circonscrivant des culs-de-sac arrondis.

A la coupe, même aspect ; tissu cérébriforme parsemé de kystes. Suc blanchâtre abondant par le raclage ou l'expression.

En bas, extravation sanguine récente dans un point de la tumeur. Dans un autre point, petite cavité tapissée d'une fausse membrane fibrineuse, rappelant un vieux kyste hémattique.

Disséqué par en haut, la tumeur semble se rétrécir, se pédiculiser. Finalement, ses adhérences paraissent réduites à quelques tractus qui s'attachent au bord gauche du coccyx. Cette apparence pédiculée, la déviation dans le même sens du coccyx fortement attiré à gauche et en avant, pouvaient faire croire un instant qu'on avait sous les yeux le point de départ de la néoplasie. Mais la ténuité des adhérences, la constitution de la masse, tout indique un développement sur place, sans autre rapport avec les parties voisines que par des connexions fibro-vasculaires banales.

Examen histologique fait par notre excellent ami et collègue Gilbert.

La tumeur, examinée au microscope par les procédés ordinaires, se montre formée des éléments suivants :

- 1° Cellules rondes et fusiformes.
- 2° Masses cartilagineuses.
- 3° Tubes glandulaires.
- 4° Agglomérats de cellules polyédriques.
- 5° Vaisseaux.

1° Les cellules rondes et fusiformes constituent la presque totalité de la tumeur ; elles lui donnent sur certains points l'apparence exacte du sarcome globo-cellulaire, et sur d'autres celle du sarcome fuso-cellulaire.

2° Les masses cartilagineuses sont peu nombreuses. Elles affectent la forme de bandes et de noyaux. Elles appartiennent pour la plupart au type hyalin, quelques-unes au type embryonnaire.

3° Les tubes glandulaires sont en nombre considérable, dirigés en tous sens au sein de la tumeur. Ils se bifurquent et se ramifient à la façon des conduits excréteurs d'une glande en grappe. Leur lumière est large et quelquefois obstruée par un bouchon granulo-graisseux. Sur un grand nombre de points, leur cavité se dilate subitement et donne naissance à des kystes dont le contenu, transparent ou trouble, tient en suspension des leucocytes et des granulations. Les parois de ces tubes glandulaires présentent deux couches :

A. La couche externe se confond insensiblement avec le tissu sarcomateux qui compose principalement la tumeur ; elle est formée par des cellules fusiformes concentriquement disposées.

B. La couche interne est représentée par un épithélium cylindrique, qui devient cubique ou même pavimenteux au niveau des dilatations kystiques.

4° Les agglomérats de cellules polyédriques tranchent nettement sur les parties voisines par la coloration qu'ils prennent sous l'action du picro-carmin. Les cellules qui les constituent, en effet, polyédriques volumineuses, rangées par boyaux distincts ou anastomosés offrent un protoplasma légèrement granuleux qui se colore en jaune par le picro-carmin, et un noyau qui se colore en rouge par le même réactif.

Ces agglomérats groupés en îlots arrondis, ou en traînées allongées semblent absolument indépendants des tubes glandulaires.

5° Les vaisseaux sont fort inégalement répartis. Dans certaines régions, ils manquent totalement, et dans d'autres, ils sont à la fois nombreux et volumineux.

6. Kystes hydatiques de la rate et du foie, chez un enfant de 11 ans ; par Paul BOURDEL, interne des hôpitaux.

Le nommé Lemette, âgé de 11 ans, entre le 31 janvier 1884, dans le service de M. CADET DE GASSICOURT, à l'hôpital Trousseau, présentant un développement considérable de toute la moitié gauche de l'abdomen et un état de pâleur et d'émaciation assez notables.

Le diagnostic de kyste hydatique de la rate est porté à ce moment assez facilement par l'ensemble des symptômes que nous allons énumérer ; mais il n'en a pas été toujours ainsi, et les médecins qui ont eu occasion d'examiner cet enfant au début de sa maladie ont été fort embarrassés pour se prononcer à son sujet.

C'est il y a trois ans, que le médecin habituel de la famille aurait constaté pour la première fois un certain développement de la rate ; vers la même époque, il y aurait eu un ictère dont la durée n'a pas été notée.

Voici d'ailleurs le résumé des *antécédents personnels* jusqu'à l'entrée à l'hôpital : Né à terme, dans de bonnes conditions, il a été envoyé en nourrice dans le Loiret, dans une contrée un peu marécageuse ; il paraît s'être bien porté jusqu'à 9 mois ; mais à partir de cet âge, il aurait eu de mauvaises digestions, des diarrhées fréquentes et aurait beaucoup dépéri ; on n'a pas dit qu'il ait eu des fièvres intermittentes. Ses parents l'ont repris à 12 mois ; il était très maigre, très chétif, et il a eu vers ce moment un ictère ayant duré 6 mois environ, accompagné de troubles digestifs et de diarrhée. De 3 à 5 ans, il s'est très bien porté. A 5 ans, il eut une broncho-pneumonie. A 6 ans, des accès de fièvre intermittente se sont montrés, qui venaient le soir vers cinq heures et duraient jusqu'à neuf heures ; ils paraissent avoir été assez bien caractérisés par des frissons, de la chaleur et des sueurs. Ils se sont renouvelés à 9 ans, et le mois dernier (janvier 1884), chaque fois ils ont duré environ quinze jours.

A 7 ans, coqueluche et rougeole, accompagnées de broncho-pneumonie et de pleurésie. Il y a trois mois, scarlatine.

Depuis l'époque où, pour la première fois, on a observé une certaine augmentation de volume de la rate, c'est-à-dire depuis 1881, l'enfant a toujours été souffrant et a dépéri peu à peu. On a constaté que la rate augmentait de plus en plus, et M. le D^r Bergeron, qui l'a examiné plusieurs fois, il y a deux ans et l'année dernière, après avoir

hésité sur le diagnostic, n'a pas douté dans ses derniers examens, qu'il n'eût affaire à un kyste hydatique de la rate; rien d'anormal n'existait alors du côté du foie.

31 janvier. A l'entrée, on constate une déformation spéciale de l'abdomen, dont toute la demi-gauche se trouve soulevée par une saillie considérable occupant l'hypochondre, la moitié de l'épigastre, le flanc, la fosse iliaque et empiétant jusque sur la région hypogastrique. Cette propulsion en masse de tout le côté gauche du ventre tranche nettement avec le côté droit, qui est peu modifié; la ligne de séparation de ces deux parties se trouve située près de la ligne blanche, à gauche de celle-ci. Cette tuméfaction présente quelques bosselures, est mate à la percussion, dure à la palpation, sans la moindre fluctuation; la matité remonte sur le côté jusqu'à la quatrième côte, empiétant ainsi beaucoup sur le thorax.

Le diagnostic de kyste hydatique de la rate ne paraît plus douteux, mais le kyste semble situé profondément et séparé de la paroi par une épaisseur assez grande de tissu splénique.

Ce qui simplifie d'ailleurs actuellement et confirme nettement ce diagnostic, c'est l'existence au niveau de l'hypochondre et de l'épigastre droits, dans leur partie supérieure, d'une saillie arrondie, étalée, se prolongeant au-dessous du rebord costal. Cette saillie mate, à la percussion, présente à la pression une certaine élasticité avec une sorte de fluctuation, mais sans frémissement net, et répond évidemment à un kyste hydatique du foie. Cet organe paraît d'ailleurs assez notablement augmenté de volume et déborde les fausses côtes de sept à huit travers de doigt, tandis que par sa partie supérieure il refoule assez sensiblement le diaphragme et le poumon droit.

L'enfant est d'une pâleur extrême, d'une maigreur très grande, les yeux excavés, bordés d'un cercle bleuâtre, sans appétit. Chaque soir il a un peu de fièvre, et de temps en temps un peu de diarrhée. Il y a une certaine gêne mécanique de la respiration, mais on ne trouve aucun signe de tuberculose pulmonaire. On constate pourtant quelques frottements pleuraux aux deux bases, surtout à gauche.

En faisant déplacer l'enfant d'un côté sur l'autre, on a pu sentir deux ou trois fois, par la main appliquée au niveau de la région splénique, de petits frottements péritonéaux.

9 février. On pratique une ponction du kyste hépatique, qui donne 165 grammes d'un liquide un peu louche, dans lequel on ne trouve pas de crochets, mais dont le dépôt contient un assez grand nombre de globules blancs.

18 février. Ponction du kyste de la rate, qui paraît être unique, donnant issue à 550 grammes d'un liquide limpide comme de l'eau de roche. On n'y trouve pas non plus de crochets malgré des examens répétés, mais on constate, au moyen du nitrate d'argent, une grande quantité de chlorure de sodium. Le lendemain de cette opération, l'enfant se plaint de beaucoup de douleur dans la région splénique, douleur qui est passagère et disparaît le jour suivant. La rate est plus molle, on perçoit une sorte d'élasticité en certains points, mais elle n'a guère diminué de volume. Le kyste du foie se remplit peu à peu pendant ce temps.

3 mars. Le petit malade accuse de nouveau de vives douleurs au niveau de la rate, surtout dans le voisinage du point où la ponction a été pratiquée. Cette poussée inflammatoire, que rien ne paraît avoir provoquée, s'accompagne de fièvre assez vive (40° environ le soir) et ne dure que quelques jours seulement, ainsi que l'élévation de la température. On pratique des frictions avec l'onguent mercuriel belladonné et on administre du sulfate de quinine à la dose de 60 centigr. par jour pendant cette période douloureuse.

14 mars. On fait une nouvelle ponction du kyste de la rate; elle est assez difficile, interrompue à tout instant, probablement par des poches hydatiques qui viennent mettre obstacle à l'écoulement du liquide, car celui-ci ne coule que lorsqu'on introduit un stylet dans la canule. Il s'écoule 1 litre et demi environ d'un liquide brun verdâtre, d'une odeur extrêmement désagréable; un fragment de poche hydatique, venant faire hernie après l'ablation de la canule, on la saisit avec des pinces et l'on réussit à en extraire une assez grande étendue.

Par la suite, il se fait un léger écoulement par la plaie, et alors on se décide à employer le procédé de Récamier, et l'on fait une application de pâte de Vienne autour de la fistule, afin de faire des adhérences plus complètes et plus fermes.

27 mars. On introduit dans la plaie une éponge préparée. Le lendemain, l'ouverture est assez agrandie; on introduit un cylindre de laminaire qui complète la dilatation.

29 mars. On peut faire pénétrer un tube de caoutchouc de 5 millim. de diamètre. On fait alors chaque jour deux lavages avec une solution phéniquée au 1/40°; chaque fois, il sort une assez grande quantité de pus, mais à la fin le liquide ressort clair.

On constate que le kyste de la rate a sensiblement dimi-

nué de volume depuis le 14. Quant à celui du foie, il a repris à peu près ses dimensions premières. L'état général s'améliore un peu, il revient un peu d'appétit, mais l'enfant est toujours bien faible, bien pâle, bien amaigri, et la température reste toujours un peu élevée, entre 38 et 39°.

2 avril. En essayant de substituer un tube en caoutchouc à double courant au tube simple qui avait servi jusque-là, l'enfant, saisi d'une frayeur inconsidérée, se met à crier et à se débattre; il tombe en syncope et meurt, malgré tous les moyens essayés pendant plus d'une demi-heure pour le ranimer. Ce dénouement brusque n'a pas été le fait d'un décollement du péritoine au niveau de la fistule, en enfonçant le tube (l'autopsie l'a bien montré), ni d'une hémorrhagie dans la cavité du kyste, car il y a bien eu un léger suintement séro-sanguinolent par la plaie après l'extraction d'un fragment de poche hydatique qui faisait hernie par le trajet fistuleux pendant l'opération, mais on n'a pas trouvé dans le kyste, après la mort, du sang épanché en quantité notable.

AUTOPSIE, le 3 avril. — A l'ouverture du tronc, on constate le refoulement considérable des poumons, à droite par le foie et plus encore à gauche par la rate. De ce dernier côté, la plèvre présente quelques adhérences, mais pas de liquide. Poumons d'ailleurs sains, rien au cœur.

Dans la cavité péritonéale, on trouve un peu de liquide transparent et de très faibles adhérences unissant légèrement les anses intestinales entre elles et à la paroi.

Le foie, qui est très augmenté de volume, descend un peu au-dessous de l'ombilic. La rate, qui est énorme, en forme d'ellipse à grand axe vertical, descend jusque dans la fosse iliaque gauche et se trouve unie intimement au foie par des adhérences très nombreuses et très solides. On est obligé de sculpter, pour ainsi dire, les deux organes dans leur partie contiguë pour pouvoir les séparer. La rate présente en outre dans son tiers inférieur, autour du point où la ponction et les applications caustiques ont été faites, des adhérences solides et certainement anciennes, l'unissant à la paroi thoracique de la façon la plus intime sur une étendue de 6 centim. carrés environ. On eût donc pu se passer de l'action de la pâte de Vienne, que la prudence, néanmoins, avait conseillée.

Le foie, retiré de l'abdomen et séparé de la rate, est très volumineux : il pèse 3 kil. 185 gr.; il est peu modifié dans sa forme générale et dans son aspect; mais on trouve à sa surface deux kystes hydatiques. L'un d'eux, situé sur sa

face convexe et reconnu pendant la vie à la saillie qu'il faisait au-dessous du rebord costal droit, à environ le volume du poing et est très superficiel. Une incision pratiquée sur lui donne lieu à l'issue de 200 grammes à peu près d'un liquide un peu louche et à de nombreuses poches hydatiques molles, blanchâtres, analogues à de l'albumine cuite. Sa cavité, lisse, est tapissée d'une membrane assez épaisse, sans trace de calcification.

L'autre kyste, resté ignoré pendant la vie, se trouve faire saillie à la partie inférieure du lobe gauche un peu en arrière du bord tranchant de l'organe, entre celui-ci et la rate. Il est un peu moins volumineux que le précédent et est comme lui très superficiel; il contient une certaine quantité d'un liquide épais, jaune verdâtre, analogue à la bile, qui colore fortement les nombreuses poches qui s'y trouvent; ses parois, lisses également, présentent par places des dépôts de matières biliaires, mais pourtant on n'observe nulle part de communication directe avec les voies biliaires.

La rate, qui est énorme, arrondie et ellipsoïde, du poids de 1 kil. 250 gr., d'une longueur de 21 centimètres (verticalement) sur 15 centimètres de large, se trouve réduite à une simple coque de tissu splénique, à peine reconnaissable, qui n'a pas plus d'un centimètre d'épaisseur dans les points les plus épais, c'est-à-dire aux deux extrémités de l'ellipse. Sa capsule est partout très épaissie. Elle contient une grande quantité d'un liquide épais, brun verdâtre, ainsi que des hydatides très épaisses et très résistantes. Ses parois sont inégales, dures, et présentent en certains points de petites concrétions calcaires, quelques-unes assez dures, d'autres plus friables et s'écrasant sous le doigt. Les vaisseaux spléniques sont énormes, très dilatés, gorgés de sang.

Enfin, nous devons signaler l'énorme développement des ganglions mésentériques et surtout des ganglions pré-vertébraux dans toute la région abdominale. Ces derniers atteignent des dimensions relativement considérables, se touchent les uns les autres et forment ainsi un volumineux chapelet au-devant du corps des vertèbres.

REMARQUES. — Ce cas nous a paru intéressant à plusieurs points de vue : d'abord, les kystes hydatiques de la rate sont loin d'être fréquents, et il n'en existe qu'un nombre assez restreint signalés dans la science; ensuite, le développement considérable de tous les ganglions lymphati-

ques abdominaux nous a frappé, comme si une suppléance aux fonctions de la rate ait tenté, dans ce cas, de s'établir du côté de ces organes.

Nous ajouterons, enfin, que toutes les recherches que nous avons faites pour essayer de remonter à la source et à la cause de ces kystes hydatiques chez notre malade sont restées, comme cela arrive presque toujours en pareille matière, complètement infructueuses.

7. Alcoolisme. — Pneumonie gauche suppurée. — Méningite ; par BRUNON, interne à l'Hôtel-Dieu.

Les cas de méningite survenant dans le cours de la pneumonie ne sont pas rares, et cependant ils n'ont été étudiés avec soin que dans ces dernières années. Briquet a observé 6 cas de méningite de la convexité sur 9 cas de pneumonie avec délire. Grisolle 8 méningites sur 27 pneumonies. Immermam et Haller, dans un mémoire plus récent, citent 9 cas de pneumonie avec complications méningées. Enfin Georges Verneuil et Surugue ont publié, le premier 8 cas, et le second 7 cas d'inflammation des méninges cérébrales et spinales dans le cours de la pneumonie : toutes ces dernières observations, moins deux, ont été recueillies dans le service du professeur Vulpian.

Le fait que nous rapportons ici a été observé dans le service de M. VULPIAN, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Denis. Il s'agit d'un homme de 42 ans entré à l'hôpital avec tous les symptômes d'une pneumonie gauche au 5^e jour de son évolution. Le malade est venu à la consultation à pied ; car, dit-il, dès le matin, il a ressenti une amélioration considérable dans son état général.

Il n'a jamais fait de maladie grave, mais depuis plus de 20 ans il a l'habitude de prendre tous les jours une grande quantité de boissons alcooliques. Il explique très franchement que son métier de commis voyageur en vins le pousse à un usage, jamais excessif, mais continu, d'alcool sous n'importe quelle forme.

Pendant les trois premiers jours de présence à l'hôpital, la phlegmasie paraissait suivre son évolution. On ne remarque rien de bien anormal quoique la température, au 8^e jour du début, restât autour de 39° ; mais le malade avait sa spontanéité et le sommeil était tranquille. Le 9^e jour, à la visite du soir, on nota que le malade avait une tendance à se coucher complètement sur le côté gauche et que, contrairement à son habitude des jours précédents, ses draps et

couvertures étaient dans un grand désordre, ramassés sur sa poitrine. La mère de la salle dit que, plusieurs fois dans la journée, le malade avait ainsi déplacé ses couvertures. On n'attachait pas d'importance à ce petit fait. Le 10^e jour rien de nouveau dans la situation. La température est de 38,8 le matin, 39 le soir. A la visite du soir, on remarque une dyspnée plus nette que précédemment. Le malade est toujours dans le décubitus latéral gauche, les membres inférieurs fléchis fortement. Il paraît sommeiller. Le 11^e jour, à la visite du matin, en s'approchant du lit, M. Vulpian croit voir que le membre supérieur gauche est contracturé. Il le soulève. Le membre retombe presque normalement, il y a seulement une légère raideur. M. Vulpian annonce alors comme bien probable l'existence d'une méningite. Les membres inférieurs sont normaux. Mais le malade est dans le coma depuis cinq heures du matin, au dire de la mère de la salle.

Il y a une déviation conjuguée des yeux à gauche. Les pupilles sont dilatées. La sensibilité de tout le tégument paraît être diminuée. A 2 heures, c'est-à-dire 9 heures après le début probable des accidents comateux, le malade meurt.

L'AUTOPSIE a complètement confirmé le diagnostic *ex abrupto* de M. Vulpian.

Le cerveau, considéré dans son ensemble, présente une surface fortement injectée. Les veines forment de gros troncs turgescents sur les circonvolutions.

Les méninges épaissies adhèrent assez fortement à la pulpe centrale, surtout sur la convexité; il est impossible de les enlever sans entraîner une petite couche de substance cérébrale. Vues par transparence, elles sont légèrement opaques, mais ce caractère est surtout dessiné au niveau de plaques d'un jaune verdâtre, d'un aspect puriforme, homogènes, d'une épaisseur variable et qui occupent, comme autant d'ilots, toute la surface du cerveau: la face convexe comme la base et les deux hémisphères également. Ces produits sont plus épais, ou tout au moins le paraissent, autour des vaisseaux, de la base et autour du nerf à leur émergence.

Par l'arrachement des méninges il s'écoule un liquide louche grisâtre, peu abondant du reste.

Au niveau du cervelet, les plaques puriformes sont beaucoup moins épaisses et n'ont pas la coloration verdâtre. Elles sont plutôt grises.

La pulpe cérébrale elle-même n'est pas sensiblement modifiée dans sa consistance; sur les surfaces de section, on

voit seulement un piqueté hémorrhagique très not. Les ventricules contiennent une petite quantité de liquide qui paraît normal.

La moelle n'a pas pu être examinée, le cadavre devant être immédiatement enlevé.

Mais on doit rappeler que, dans tous les cas analogues à celui-ci et qui ont été étudiés par le professeur Vulpian, les méninges rachidiennes présentaient les mêmes lésions que les méninges cérébrales.

Le poumon gauche présente tous les caractères de la pneumonie suppurée, il est augmenté de volume et de poids. A la coupe, on voit une surface d'un gris sale d'où s'écoule un liquide séro-purulent. Une pression un peu forte avec le doigt transforme le tissu pulmonaire en une matière semi-liquide et puriforme.

Ces lésions occupent presque toute la hauteur du poumon. La base présente à peine une languette de tissu pulmonaire qui a conservé la couleur rouge du 2^e degré.

Le cœur est mou flasque et décoloré. Sur la surface de section des colonnes charnues, le tissu est jaunâtre. Dans le ventricule droit, il y a des caillots cruoriques volumineux. La rate est double de volume à peu près. Son tissu d'une coloration vineuse est tout à fait diffluent. Le foie est simplement congestionné. Les reins sont notablement augmentés de volume. La capsule n'est pas adhérente. Sur une coupe, on voit la substance corticale ramollie et d'un blanc jaunâtre. Le tissu des pyramides est moins pâle. Toute la substance du rein est molle et flasque.

Cette observation n'a pas d'autres prétentions que de faire nombre et de signaler une fois de plus quelques particularités déjà assez connues du reste.

Voici les points qui, ici, nous paraissent les plus intéressants :

1^o Au point de vue clinique, il faut remarquer le début sournois des accidents survenant au 9^e ou 10^e jour d'une pneumonie un peu anormale, il est vrai, dans la marche de sa température, mais qui en somme paraissait devoir entrer en évolution.

2^o Le peu d'éclat et la marche rapide des symptômes : sorte de carphologie qu'on remarque à peine, somnolence pendant deux jours, puis raideur du bras gauche, strabisme et coma observés à la visite du matin sans qu'on les ait vus s'installer.

3^o Au point de vue de l'examen microscopique, M. le professeur Vulpian, dans les nombreux examens qu'il a faits des méninges, s'accorde avec les auteurs allemands (Rind-

fleisch en particulier) pour admettre la présence de globules de pus en grand nombre, accumulés autour des vaisseaux. Ils sont visibles à la loupe et forment deux trainées étroites côtoyant les vaisseaux. Sur une coupe transversale, après durcissement on voit, dit Rindfleisch, les globules blancs très serrés contre la tunique moyenne, mais ils deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloigne des vaisseaux. Il y a là une pleine confirmation de la thèse de Conheim « les corpuscules purulents ne sont que des globules blancs émigrés. »

A côté de cette interprétation, nous placerons celle de M. Talamon, qui a bien voulu examiner des lambeaux de pie-mère pris sur notre sujet. Pour lui, il n'y a pas de pus mais de la fibrine. Il se rallie du reste pleinement à la théorie de la pneumonie infectieuse, admet un microbe fibrinogène ayant, ici par exemple, exercé son action et dans les méninges et dans le poumon.

8. Séquestre probablement tuberculeux du frontal ; par
A. BROCA, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Depeuille, Emile, âgé de 8 ans, entré le 4 janvier 1884, salle Denonvilliers, n° 48, Hôpital Trousseau (service de M. LANNELONGUE).

Les parents sont bien portants ; ils ne semblent atteints ni de syphilis, ni de tuberculose. Ils ont eu cinq enfants, tous ont eu la gourme. Les quatre autres n'ont pas d'affections thoraciques ou ostéo-articulaires. Celui-ci a eu une fluxion de poitrine, il y a environ un an ; il n'a jamais eu d'éruptions cutanées. Les parents attribuent le début de sa maladie actuelle à une chute qu'il aurait faite il y a à peu près un an, le front ayant porté sur une pierre. Puis il s'est produit à ce niveau un abcès, qui a été incisé et sous lequel l'os a été trouvé à nu.

Actuellement. Au niveau de la moitié droite du front, presque contre la ligne médiane, un peu au-dessous de la racine des cheveux, on voit une dénudation du frontal ; la portion dénudée est large comme une pièce de 1 fr. ; son diamètre vertical l'emporte un peu sur le diamètre transversal. Autour, la peau est un peu décollée, et en haut, il y a deux ou trois petites fistules indépendantes. La suppuration est abondante et fétide. La surface osseuse est grisâtre, et on constate qu'elle est constituée par une mince lamelle compacte recouvrant une substance poreuse. Cette lamelle est percée de trous de 1 millim. envi-

ron de diamètre, appréciables surtout dans la moitié inférieure. En observant attentivement ces orifices, on en voit sourdre le pus avec des mouvements pulsatifs isochrones à ceux du pouls radial. La lamelle ainsi criblée est même soulevée en masse. Toutes les fois qu'on fait tousser l'enfant, il se produit immédiatement un écoulement notable de liquide par tous les petits trous de la surface de l'os.

Au niveau de l'angle droit du maxillaire inférieur, en arrière de cet angle, sur le lobule de l'oreille, l'enfant est porteur d'une petite tuméfaction grosse comme une noisette, qui aurait débuté il y a un mois. La peau de cette région est amincie, par place luisante, par place croûteuse ; sa coloration est violacée. On y sent de la fluctuation.

20 janvier. L'état ne s'étant pas modifié, l'enfant sort sur la demande des parents.

5 avril. On le ramène. Il aurait eu des convulsions. Les petites fistules précédemment décrites se sont fondues dans la grande ulcération. A part cela, rien ne semble changé extérieurement. Mais en appuyant sur l'os dénudé avec un stylet, on constate que le séquestre est devenu mobile.

Une sœur de l'enfant est morte, il y a quinze jours, d'une méningite.

7 avril. Une incision verticale d'environ 1 centimètre est faite à l'extrémité inférieure. — On tombe ainsi sur le bord libre du séquestre. Une spatule est introduite sous le bord et par un mouvement de bascule on amène la rondelle osseuse nécrosée. Cette rondelle est à peu près régulièrement ovale, à grosse extrémité supérieure ; elle a environ 4 centimètres de haut sur 3 de large. La partie centrale est grisâtre, entourée d'un liseré rose, large de 3 à 4 millimètres, érodé à la partie supérieure, et là le bord est moins épais que le centre ; tout ce séquestre est raréfié. La face postérieure concave, très raréfiée sur les bords, présente, au centre, les impressions normales de la face interne des os du crâne. Toute l'épaisseur du frontal est donc nécrosée. Une fois le séquestre enlevé, la dure-mère, recouverte de bourgeons charnus, forme le fond de la plaie ; on y constate des battements isochrones à ceux du pouls.

REFLEXIONS. — 1° Quoique la recherche des bacilles n'ait pas été faite, la nature tuberculeuse de l'affection semble certaine. La lésion constatée à l'angle de la mâchoire est une gourme scrofuleuse ; elle n'a pas les caractères d'une

manifestation syphilitique. Les commémoratifs ne font pas trouver trace de syphilis; d'autre part, entre les deux séjours de l'enfant à l'hôpital, une de ses sœurs est morte de méningite.

2° J'attirerai spécialement l'attention sur les saccades isochrones au pouls dont le pus était animé à sa sortie du tronc du séquestre. C'étaient évidemment des mouvements transmis par ceux de la dure-mère qui battait derrière la face postérieure de l'os, déjà complètement dénudée à ce moment.

3° L'épaisseur entière du frontal a été nécrosée, et la face externe de la dure-mère a bourgeonné sans aucune réaction de méningite. Les convulsions dont l'enfant aurait été atteint quelques jours avant sa seconde admission, ne se sont pas reproduites sous nos yeux. Actuellement, la cicatrisation se fait, et la guérison ne saurait tarder.

9. Perforation tuberculeuses du sternum. — Ostéites tuberculeuses multiples; par A. BROCA, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Deschamps, Irénée, âgé de 11 ans, entré le 16 janvier 1884, salle Denonvilliers, n° 51 (Hôpital Trousseau, service de M. Lannelongue).

Antécédents héréditaires et personnels nuls. Au mois de janvier 1883, on s'est aperçu qu'il existait au-devant du sternum un gonflement qui augmenta peu à peu, en occasionnant quelques légères douleurs, surtout le soir. Puis au mois de juillet on constata une tuméfaction analogue sur le maxillaire inférieur, du côté droit. L'enfant fut conduit à l'hôpital Tenon, où M. Gillette pratiqua une incision sur le dernier abcès et retira ainsi un fragment d'os. La cicatrisation fut rapide. Il y a environ un an, abcès à la joue gauche qui s'est ouvert spontanément et s'est peu à peu cicatrisé. Il en reste actuellement un petit mamelon induré, violacé. Vers le mois de septembre dernier sont apparus deux abcès à la face externe de la cuisse droite; ouverture spontanée et suppuration prolongée. Ils sont actuellement cicatrisés. En même temps, deux tuméfactions analogues se sont produites à l'avant-bras droit; elles se sont marbrées sans s'ouvrir, et il en reste deux petites marques violacées. On trouve encore deux cicatrices à la fesse gauche. Mais actuellement les lésions thoraciques sont, de beaucoup, les plus importantes. Au-devant du sternum,

il ya un gonflement s'étendant depuis la fourchette sternale jusqu'au niveau de la troisième côte environ. La peau est de coloration normale. La tumeur est molle, fluctuante. Il y a une douleur à la pression très nette sur la première pièce du sternum ; au-dessous de l'abcès, l'os est augmenté de volume. Il y a deux autres bosselures semblables, mais moins franchement fluctuantes, l'une au niveau de la 2^e côte droite, l'autre au niveau de la côte gauche, sur leur articulation sternale.

Le 8 février. — L'abcès sternal est incisé : il en sort beaucoup de pus granuleux, caséeux. Après grattage de la poche extérieure, on trouve le sternum perforé et sous cette perforation est un séquestre allongé transversalement, large de 2 centimètres 1/2, haut de 1 centimètre environ. Ses bords sont déchiquetés, sa face antérieure est jaune, caséeuse dans toute son étendue ; sur la face postérieure, il y a une tache jaune centrale, entourée d'un tissu rosé. Une coupe verticale antéro-postérieure de ce séquestre montre nettement que de la face antérieure, tout entière caséeuse, part, à peu près au centre, une trainée jaune qui s'avance jusqu'à la face postérieure. Le reste du séquestre a une couleur rose clair. Aucun grattage n'a été pratiqué dans le médiastin. Un drain debout a été placé. Les jours suivants, pas de réaction. La cicatrisation se fait peu à peu et au bout de trois semaines environ il ne restait plus qu'une petite fistule.

Le 5 mars. On constate dans la fosse sus-épineuse droite un abcès froid gros comme une noix.

Le 21 mars. Les deux autres abcès ayant notablement augmenté de volume, sont incisés. A droite, après décoloration de la membrane, aucun os n'a été trouvé dénudé. Une lésion costale est cependant plus que probable. A gauche, l'abcès ne semble pas communiquer avec le précédent. Après incision, on tombe sur une perforation du sternum, placée vers la partie moyenne de cet os. La perforation est complète ; l'extrémité de l'index s'y engage facilement. Dans la cavité retro-sternale sont trois petits séquestres, du volume de petits haricots. Absolument mobiles, ils sont facilement extraits. Ils sont remarquables par leur infiltration caséeuse, qui leur donne une coloration jaunâtre. Après grattage de la poche pré-sternale, un drain debout a été placé. La réaction a été assez rude après cette opération. Mais la fièvre a cessé au bout de quelques jours, et le bourgeonnement s'est fait à souhait.

Le 24 mars. L'abcès de la fosse sus-épineuse droite s'est

ouvert spontanément, par un tout petit pertuis qui s'est progressivement ulcéré les jours suivants.

Le 23 avril. Un fragment osseux se voit dans l'ouverture de l'abcès scapulaire. Saisi avec une pince, il est extrait sans aucun effort. C'est un séquestre raréfié, non caséux, long de 2 centimètres sur 1 de large, provenant de la partie externe de l'épine de l'omoplate. Il y a trois fistules au niveau des abcès thoraciques incisés : l'état général est bon. L'enfant partira, d'ici à peu de temps, pour Berck-sur-mer.

RÉFLEXIONS.— L'observation que je viens de rapporter est un beau type d'abcès froids multiples évoluant successivement. L'enfant qui en est l'objet a été porteur de ces gommes scrofuleuses suppurées sur lesquelles M. Lannelongue insiste pour le diagnostic de la tuberculose osseuse. Mais ici les lésions ont frappé le système osseux avec une prédilection marquée, et il est fort admissible que la maladie n'a pas encore dit son dernier mot. Un fait sur lequel je désire attirer l'attention est la bénignité de l'évolution des abcès, ainsi que celle des interventions chirurgicales, alors que le sternum était perforé de part en part et que la face postérieure de la poche répondait directement aux organes du médiastin antérieur.

10. Hémorrhagie cérébrale ayant détruit le tiers postérieur de la couche optique et une région postérieure de la capsule interne. — Sensibilité affaiblie ; par A. CHANTEMESSE.

La nommée C..., âgée de 54 ans, domestique, entre le 17 mars 1884, salle Grisolle, lit n° 19 (service de M. TAPRET, suppléant alors le professeur CORNIL).

Cette femme avait été trouvée étendue dans sa chambre sans connaissance. L'attaque apoplectique remontait à quelques heures.

A son entrée à l'hôpital, on constate l'existence d'une hémiplegie complète de tout le côté droit. Pas d'aphasie. La malade refuse d'exécuter un mouvement volontaire du côté parésié, mais il suffit de pincer légèrement pour qu'elle agite le bras ou la jambe. La sensibilité est donc conservée du côté malade, moins bien cependant que du côté sain. La vue, l'ouïe, l'odorat sont également intacts. Un peu d'albumine dans l'urine.

19 mars. Malade plus prostrée que la veille. T. 38°,5. L'hémiplégie droite est devenue plus complète. La sensibilité persiste toujours. Si on pince le côté paralysé, on ne provoque plus de mouvement; toutefois, la piqure est parfaitement perçue.

20 mars. Coma et mort.

AUTOPSIE, 24 heures après. — Rien d'important à signaler au sujet des viscères, du thorax et de l'abdomen, sinon l'existence d'une néphrite interstitielle avec un peu d'hypertrophie cardiaque.

Cerveau. Hémisphère droit intact.

Hémisphère gauche : noyau hémorragique du volume d'une petite noix dans le point que nous allons délimiter. Sur la coupe de Flechsig, on trouve que l'hémorragie a détruit le tiers supérieur de la couche optique et qu'elle remplit une petite cavité de nouvelle formation, limitée en arrière par le bord postérieur du corps calleux et l'entrée de la cavité ancyroïde; en dehors, par les faisceaux blancs du centre ovale qui fait suite au noyau extra-ventriculaire. Ces faisceaux sont dissociés par l'hémorragie sur une épaisseur de 3 ou 4 millimètres; en avant, par la partie postérieure de la capsule interne, dont les faisceaux sont séparés de la couche optique; si bien que la partie postérieure de cette capsule et la couche optique forment un angle ouvert en arrière, dans lequel le sang a pénétré.

A première vue, l'hémorragie recouvre le tiers postérieur de la capsule et semble l'avoir détruit.

En enlevant avec soin les noyaux sanguins qui remplissent la cavité, on constate que la partie postérieure de la capsule n'a pas été détruite, mais simplement refoulée et comme aplatie de haut en bas. Sur la coupe de Flechsig, on peut reconnaître que le segment postérieur de la capsule interne a sa longueur à peu près normale. Une coupe verticale et transversale faite au niveau du tiers postérieur de la capsule montre que les faisceaux blancs qui se dirigent entre la couche optique et le noyau lenticulaire sont très incomplètement coupés par l'hémorragie. Celle-ci a détruit la portion la plus interne du noyau lenticulaire et les fibres blanches immédiatement adjacentes. Sur une autre coupe également verticale et transversale, faite à 5 ou 6 millimètres de la précédente, on voit que le noyau hémorragique s'effile de plus en plus et qu'il n'a causé qu'une perte de substance du volume d'une tête d'épingle entre le noyau lenticulaire et la capsule.

L'examen de ce fait montre que le tiers postérieur du segment postérieur de la capsule interne était comprimé et

détruit, mais très incomplètement par un noyau hémorrhagique. La couche optique était séparée de la capsule et dilacérée dans son tiers postérieur. Cliniquement, la sensibilité était simplement affaiblie.

11. Ecrasement du thorax. — Fractures multiples de côtes à droite avec déchirure du poumon. — Pneumothorax à gauche par rupture de la bronche gauche. — Arrachement de la face supérieure du corps de la 5^e vertèbre dorsale. — Arrachement du cartilage de l'extrémité externe de la clavicle gauche ; par A. BROCA, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Baud, Auguste, âgé de 11 ans et demi, entré le 10 avril 1884 (salle Denonvilliers, n° 4, hôpital Trousseau service de M. LANNELONGUE).

Apporté à sept heures du soir, cet enfant venait d'être écrasé par un camion pesant, chargé de farine. Les roues avaient passé sur le thorax, et une forte contusion, prenant la poitrine en écharpe et montant vers l'épaule gauche marquait nettement leur trace. Le blessé était pâle, exsangue, sous le coup d'un choc considérable ; sa respiration était brève, rapide, anxieuse. Lors de l'accident, il avait eu une hémoptisie, actuellement arrêtée.

À la palpation du thorax, je constatai immédiatement que les moindres pressions provoquaient de la douleur et de la crépitation ; que le sternum se laissait anormalement déprimer. Enfin, la percussion et l'auscultation révélaient à gauche les signes classiques les plus évidents d'un pneumothorax complet.

Cela étant, je ne cherchai pas à préciser davantage le nombre et le siège des fractures costales. Cet examen eût fatigué, sans grande utilité pour la thérapeutique, un sujet déjà fort affaibli. Et d'ailleurs, l'étude sommaire que j'avais faite semblait permettre un diagnostic assez exact. Les fractures de côtes étaient incontestables ; je croyais qu'elles siégeaient des deux côtés, et qu'à gauche un fragment était venu léser le poumon ; de là, l'hémoptysie et le pneumothorax. Le pronostic était certainement fort grave, et en effet, dès le lendemain, à une heure de l'après-midi, le malade succombait, après une matinée fort agitée. Il s'asseyait sur son lit, se mettait à genoux. La miction et la défécation étaient normales. J'insiste sur ces points qui, dans un instant, acquerront de l'importance.

L'AUTOPSIE, pratiquée le 14 avril, a fait voir des lésions inattendues.

Après l'incision médiane classique des parties molles, les cartilages costaux ont été sectionnés de chaque côté et les côtes ont été mises à nu dans toute leur étendue.

A droite. La 2^e côte, à peu près au niveau de l'angle antérieur, présente une fracture incomplète, caractérisée par un trait vertical intéressant la table externe et ayant produit une inflexion angulaire saillante en dehors. La 3^e, la 4^e et la 5^e côtes sont complètement fracturées, sur une même ligne verticale située environ à la jonction des $\frac{3}{4}$ postérieurs et du $\frac{1}{4}$ antérieur de ces os. Les fragments postérieurs, pointus, font une forte saillie en avant et en dehors et ils ont pénétré dans la masse musculaire du grand pectoral. Les fragments postérieurs, chevauchant en sens inverse sur les précédents, n'ont aucunement dilacéré la plèvre. Mais à la partie postérieure, la 6^e et la 7^e côtes sont fracturées au niveau de leur col. Les fragments sont immobilisés par les ligaments costo-transversaires; mais le fragment antérieur, taillé en biseau par sa face externe et terminé par une extrémité postérieure pointue, fait saillie vers la cavité thoracique, et là on croit que la plèvre pariétale présente deux orifices et que le poumon est déchiré. En ce point, il y a un peu de sang épanché; le poumon adhère à la plèvre pariétale par des exsudats glutineux. Il n'y a pas de pneumothorax.

A gauche. Le pneumothorax existe bien de ce côté seulement, comme cela avait été observé sur le vivant. Mais seule la 1^{re} côte est fracturée près de son extrémité antérieure, et en regard de cette fracture la plèvre est absolument intacte. La plèvre a alors été examinée avec un soin scrupuleux. Dans tout son trajet pariétal, elle n'a présenté aucune solution de continuité; de même sur le poumon. Mais à la face postérieure de la bronche gauche, à quelques millimètres avant sa pénétration dans le poumon, il existe une perforation arrondie, ayant la dimension d'une lentille. Cette perforation siège à la partie du hile sur laquelle se réfléchit la plèvre, et c'est par elle que l'air a pénétré dans la cavité pleurale. Une sonde cannelée, introduite dans cet orifice, ressort par le larynx. En ce point, la bronche est déjà devenue cylindrique; elle n'a plus de face postérieure plane, purement membraneuse.

Rachis. Entre la 4^e et la 5^e vertèbres dorsales existe une solution de continuité transversale. Une observation plus attentive montre que le disque interosseux est resté tout entier adhérent à la face inférieure de la 4^e vertèbre dorsale, entraînant avec lui une mince lame osseuse provenant de la 5^e. Cette lame est circulaire et son diamètre est

de quelques millimètres inférieur à celui du disque. Une tendance légère à la production de cette lésion se voit entre la 1^{re} et la 2^e, entre la 2^e et la 3^e vertèbres dorsales. Enfin, il y a fracture de l'apophyse épineuse de la 3^e vertèbre dorsale.

Pour conserver la pièce intacte, la moelle n'a pas été extraite; mais elle est certainement saine. Comme je l'ai déjà dit, le malade n'a présenté aucun trouble dans la motilité des membres inférieurs, pas plus que dans la miction ou la défécation.

Articulation acromio-claviculaire. Sous les muscles pectoraux, il y a un foyer sanguin volumineux, au fond duquel fait saillie l'extrémité externe de la clavicule, totalement libre, et portée en avant. Les ligaments coraco-claviculaires sont arrachés à leurs insertions claviculaires, et l'omoplate, une fois isolée et nettoyée, on y aperçoit les lésions suivantes : en dehors de l'extrémité interne de l'acromion existe une masse cartilagineuse, épaisse de 4 à 5 millimètres, unie à l'acromion par des ligaments périphériques, mais séparée de lui par une cavité qui ne peut être que celle de l'articulation acromio-claviculaire. Sa face interne, rugueuse, mais purement cartilagineuse, s'emboîte dans une dépression également rugueuse que termine en dehors la clavicule.

Enfin, l'omoplate est incomplètement fracturée. Elle est fléchie auxiliairement, suivant une ligne verticale, à la jonction du $\frac{1}{4}$ externe et des $\frac{3}{4}$ internes. L'angle est saillant en avant. La fracture ne va pas jusqu'aux bords et, de plus, elle respecte l'épine, en sorte que les fragments ne sont nullement mobiles.

RÉFLEXIONS. — Le fait capital de l'observation qui précède est la cause insolite du pneumothorax. Aucun ouvrage classique ne signale ces ruptures des bronches. La seule observation un peu analogue que j'aie pu trouver a été publiée par Seuvre à la Société anatomique. Il y avait rupture transversale complète de la bronche droite. Mais d'après Seuvre, dans ce cas ce sont des côtes fracturées en arrière, dont le col, fortement porté en avant, est venu léser la bronche. Chez notre blessé, au contraire, aucune cause directe ne peut être invoquée; aucun fragment osseux n'a pu venir perforer le conduit aérien. On remarquera seulement que la bifurcation de bronche se fait au niveau de la 4^e vertèbre dorsale; qu'il y a, d'autre part, disjonction

entre la 4^e et la 5^e vertèbres dorsales. Peut-être y a-t-il un lien de cause à effet entre la 2^e lésion et la 1^{re}. Dans le traumatisme, il est probable que l'apophyse épino-épineuse portant à faux, il y a eu une tendance au redressement de la courbure dorsale. De là les diastasis que j'ai décrits, et il est bien probable que cette tendance à l'écartement est pour quelque chose dans la rupture de la bronche. La lésion vertébrale semble être un arrachement de la face supérieure de la 5^e dorsale. Ce n'est pas un décollement épiphysaire, car, d'une part, cette épiphyse n'apparaît que de 14 à 15 ans (Sappey), et d'autre part, elle a une forme annulaire et gagne progressivement de la circonférence vers le centre. Ici, au contraire, quelques millimètres de tissu fibreux entourent de toutes parts la circonférence de la mince lamelle osseuse détachée.

Enfin, j'avais d'abord pensé qu'il y avait un décollement épiphysaire de l'extrémité externe de la clavicule. Au cours de ma présentation, M. Quenu m'a fait observer qu'il n'y a pas là de point épiphysaire. Le fait est incontestable. Mais je crois qu'il y a là une lésion bizarre qui, pour être comprise, exige la dissection de plusieurs articulations acromio-claviculaires chez l'enfant. Il est probable que c'est le fibro-cartilage interarticulaire, ici fort développé, qui constitue la lamelle cartilagineuse que j'ai décrite. Si cela est exact, il y aurait luxation complète de l'articulation acromio-claviculaire, l'extrémité externe de la clavicule étant affranchi de tout lien, et le fibro-cartilage interarticulaire, notamment adhérent à la clavicule, étant resté fixé à l'acromion.

12. M. SUCHARD fait une communication sur un cas de lymphadénome généralisé.

13. M. RECLUS fait une communication sur la maladie kystique des mamelles.

14. M. CORNIL montre des microbes provenant du pus d'une pleurésie. Ces microbes sont colorés par le violet de méthyle S B de Bâle, en solution dans l'eau d'aniline après avoir passé par le réactif iodo-ioduré, l'essence de girofle, l'alcool; le fond est coloré par l'éosine. Ces microbes sont arrondis le plus souvent à l'état de diplococci ou de chaînettes à grains en nombre variable, depuis 3 ou 4 jusqu'à

20 ou 25. Ces grains sont quelquefois aplatis l'un contre l'autre; les dimensions ne sont pas fixes : les uns n'ont que 2 à 3 μ ; d'autres, dans la même chaînette, ont 5 à 7 μ . Ces chaînettes sont les unes rectilignes, les autres courbées en S. Des micrococci et des diplococci inégaux, ordinairement petits, sont contenus dans des globules de pus.

15. Méningite tuberculeuse en plaque à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur du sillon de Rolando — Monoplégie brachiale; par le Dr CHANTREMESSE, interne des hôpitaux.

L..., typographe, âgé de 28 ans, entre le 15 mars 1884 à l'hôpital de la Pitié, salle Rostan, n° 13, dans le service de M. le professeur CORNIL.

Constitution frêle. Se grisait assez souvent. N'a jamais eu d'accidents dus au plomb, malgré son métier de typographe. Les artères sont un peu dures. Le foie est gros et déborde les fausses côtes d'un travers de doigt.

Tousse depuis trois mois. Broncho-pneumonie tuberculeuse subaiguë, plus développée à gauche. Souffle caverneux dans ce point.

Depuis son entrée jusqu'au 30 mars, toux et fièvre. La température s'élève le soir à 39 ou 39°,4. Epistaxis fréquentes le soir.

5 avril. Le malade nous dit que depuis quelques jours il ressentait un peu de faiblesse dans le bras gauche. Ce matin, c'est une véritable parésie de la motilité. Ce sont les muscles de l'avant-bras et de la main qui sont le plus touchés. Le biceps se contracte encore un peu et le deltoïde soulève difficilement le bras.

Pas de troubles de la sensibilité.

Au membre inférieur gauche, la motilité et la sensibilité sont en apparence tout à fait conservées; toutefois, en faisant marcher le malade, on peut s'assurer que la jambe gauche est moins forte que la droite.

Pas le moindre mal de tête. Rien aux yeux. L'ouïe est perdue du côté droit; il existe une otite suppurée depuis quelque temps.

Pouls régulier (110). Pas de vomissements.

6 avril. Même état, sauf peut-être que la motilité du bras gauche est encore affaiblie depuis hier. Pouls régulier (100). Ni vomissements, ni douleurs de tête. T. 37°,8. Respiration, 25.

7 avril. Même état général. La parésie du bras gauche a

encore augmenté. Le membre inférieur est aussi manifestement plus faible du côté gauche que du droit. Pouls, 105. Ni vomissements, ni maux de tête.

8 avril. Le malade a souffert légèrement de la tête cette nuit. Il ressent un peu de douleur au niveau de la tempe droite. Il a vomi une fois.

10 avril. Dans l'après-midi, cris violents; il se plaint de souffrir d'une façon générale sans préciser le lieu de sa souffrance. Il se déchire la poitrine avec ses ongles. Il dit qu'il étouffe. Pas de mouvements convulsifs. Sa crise dure environ une heure et demie. Constipation depuis hier. Pouls régulier (108). Pas de vomissements.

11 avril. Mauvaise nuit. A plusieurs reprises, crises d'étouffement. Le malade ne se rappelle plus l'agitation de la veille.

Ce matin, pas de délire; céphalalgie très faible. Pouls régulier (100). Le bras gauche est complètement paralysé; le membre inférieur du même côté est aussi affaibli. La sensibilité n'est pas abolie, elle paraît même un peu exagérée dans tout le côté gauche. Pas de modification des pupilles. Pas de strabisme. Lèvres et langue fuligineuses.

Dans l'après-midi, cris violents, agitation des membres à droite, secousses convulsives dans les muscles de la face et des yeux.

Le soir, collapsus, sueur froide; le pouls est à 90, régulier. Pas de rétention d'urine.

Mort dans la nuit.

AUTOPSIE, 28 heures après la mort. — A l'ouverture du crâne, on ne trouve pas de sérosité sous-duremérienne plus abondante qu'à l'état ordinaire. Les sinus ne contiennent que des caillots cruoriques. Sous la dure-mère, la surface du cerveau est rouge. Pas de sérosité dans les mailles de la pie-mère.

A la base du cerveau, la pie-mère, l'arachnoïde, l'espace interpedonculaire, et toute la région du bulbe, de la protubérance et du cervelet sont absolument normaux.

Les membranes sont intactes. Elles ne contiennent aucune trace d'exsudations ou de granulations. On ne trouve pas de sérosité.

La protubérance étant sectionnée, on ne constate rien de particulier à la coupe.

Le plancher du quatrième ventricule est parfaitement sain. Rien à la coupe du cervelet.

Hémisphère gauche. La scissure de Sylvius est ouverte jusqu'à sa partie la plus reculée. La pie-mère, qui s'en-

fonce, est peut-être un peu congestionnée. Les vaisseaux sont absolument sains. Ils ne contiennent, pas plus que la membrane, aucune trace de granulations tuberculeuses, même très fines. On s'en assure en agitant la membrane dans l'eau.

La face externe et la face interne sont intactes.

Tout le long du bord supérieur, au niveau du point où s'attache la faux du cerveau, il existe de petits corpuscules opaques qui paraissent être des granulations de Pacioni.

Hémisphère droit. La face inférieure est absolument normale. La pie-mère, qui s'enfonce dans la scissure de Sylvius, est lisse, limpide. Les vaisseaux sont intacts; on ne trouve pas trace de tubercules.

Face externe. Intégrité complète, sauf sur les points que nous allons préciser.

A l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du sillon de Rolando, on voit à la surface, autour des vaisseaux, une plaque ayant à peu près un centimètre carré, divisée en deux par une grosse veine et s'appuyant en avant sur la frontale ascendante, et en arrière sur la pariétale ascendante.

Cette petite plaque est jaunâtre et paraît formée de fibrine, de pus et de tubercules. De cette plaque partent, le long des veines, de petites trainées de granulations opaques. Ces trainées s'étendent environ un ou deux centimètres le long des vaisseaux.

Au point où la première frontale vient s'attacher sur la frontale ascendante, on trouve encore sur la pie-mère deux ou trois granulations visibles.

Au bord supérieur de l'hémisphère, les granulations se poursuivent en remontant le long des vaisseaux depuis la petite plaque déjà signalée.

Du bord supérieur, où elles s'étendent sur une longueur de deux centimètres, les granulations se montrent sur le lobule paracentral, particulièrement sur sa moitié postérieure. Les granulations, à ce niveau, ne sont pas confluentes; elles sont distantes, isolées, le long des ramifications des capillaires. Ces vaisseaux eux-mêmes sont entourés d'un manchon blanchâtre.

Dans cette région, par conséquent, les granulations sont nombreuses, mais elles ne sont pas confluentes comme dans la plaque qui a été signalée dans le sillon de Rolando.

Le reste de la face interne de cet hémisphère est intact.

Les ventricules du cerveau ne sont pas plus dilatés qu'à

l'état normal, et contiennent environ une cuillerée à café de sérosité un peu louche. Le septum lucidum et le corps calleux ne présentent pas de ramollissement.

Rien à l'œil nu à la moelle ni aux méninges. Les vaisseaux sont gorgés de sang.

Foie très gros (2,500 gr.). La forme est conservée. La capsule est lisse, transparente. On voit au-dessous une multitude de granulations de volume variable, variant de la grosseur d'une lentille à celle d'une tête d'épingle. Elles ne font aucune saillie. Ce sont plutôt des taches jaunâtres tranchant sur la couleur rouge du parenchyme. Les bords du foie sont minces. A la coupe, il résiste un peu sous le couteau; on l'écrase difficilement avec le doigt. La surface de section a un peu l'apparence miroitée; elle est sèche.

Poumons. A gauche, le poumon est diminué de volume. Le lobe supérieur est constitué par une foule d'excavations lobulaires qui constituent un tissu caverneux. Le lobe inférieur est atteint de pneumonie caséuse non ulcérée. La plèvre qui le recouvre présente des granulations.

A droite, le lobe supérieur est atteint de pneumonie caséuse, avec ulcérations déchiquetées. Il existe une assez grosse caverne avec un liquide sanieux, à odeur gangréneuse. Le lobe inférieur présente de la broncho-pneumonie tuberculeuse au début.

Le cœur est petit, sans lésions d'orifices.

Les reins sont un peu gros, congestionnés, sans autres lésions.

L'aorte n'est pas athéromateuse.

La rate est un peu plus grosse qu'à l'état normal.

L'examen microscopique des portions du cerveau sous-jacentes à la méninge enflammée permet de constater les lésions suivantes : la membrane est très épaissie; elle contient dans ses mailles de la fibrine disposée en réseaux, et de nombreux globules blancs. Les vaisseaux ont leurs tuniques infiltrées de leucocythes. Ils sont sur plusieurs points réunis les uns aux autres par des cellules embryonnaires. Ces cellules se groupent sous forme de granulations arrondies ou sont répandues d'une manière diffuse. Les vaisseaux sont pour la plupart remplis soit de globules rouges, soit de globules blancs et de fibrine. La pie-mère adhère intimement à l'écorce cérébrale; l'union est produite par les cellules embryonnaires qui passent de la méninge dans la portion superficielle du cerveau et surtout par les capillaires, dont les parois et le contenu infiltrés de leucocythes ont un volume très exagéré. Ça et là dans l'écorce, on reconnaît de petits tubercules parfaitement constitués.

En certains points, les capillaires qui parcourent la substance cérébrale sont tous altérés; les uns, complètement vides et revenus sur eux-mêmes, ont des parois épaissies et hyalines, colorées en rose vif par le carmin; les autres sont très dilatés et ont leur lumière comblée par un thrombus de fibrine et de globules blancs. La gêne considérable de la circulation due à ces lésions vasculaires a amené par places une infiltration et même de véritables petites collections de globules rouges ou de globules blancs. Dans ces derniers foyers, nous avons cherché inutilement les bacilles de la tuberculose. Ils existaient au contraire en grand nombre dans les méninges.

Outre ces lésions des vaisseaux, on trouve dans chaque coupe un très grand nombre de très petites lacunes. A un fort grossissement, on reconnaît que ces lacunes sont dues à l'augmentation de volume des cellules de la névroglie. Les plus petites sont formées aux dépens d'une seule cellule; les plus grosses sont constituées par la confluence de plusieurs cellules tuméfiées et gorgées de liquide.

Les lésions anatomiques, dans ce cas particulier, sont donc constituées principalement par l'obstacle apporté à la circulation sanguine.

Cette observation mérite de prendre place dans le nombre des méningites tuberculeuses anormales étudiées chez l'adulte. Elle offre une frappante ressemblance avec plusieurs cas que j'ai rapportés dans ma thèse. C'est le même mode de début, la même marche, la même localisation de la lésion méningée. Dans le cours d'une tuberculose pulmonaire, un malade est pris avant toute céphalalgie, vomissement ou modification du pouls, d'une faiblesse dans le bras. Cet affaiblissement du membre isolé de toute manifestation douloureuse ou convulsive attire à peine l'attention du malade qui ne songe pas à s'en plaindre. La monoplégie augmente peu à peu jusqu'à devenir complète; elle gagne le membre inférieur du même côté. Jusque-là, ni douleurs de tête, ni vomissements, ni troubles de la sensibilité, ni modifications du pouls. La céphalalgie survient à la fin; le malade vomit une fois, et meurt après avoir présenté quelques secousses convulsives dans la face.

A l'autopsie, on ne trouve qu'une plaque de méningite tuberculeuse siégeant à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du sillon de Rolando. Quelques granulations isolées s'étendent avec les vaisseaux sur les régions immédiatement voisines, particulièrement au niveau du lobule paracentral. Pas de sérosité dans les ventricules, rien au niveau de l'isthme de l'encéphale.

Ainsi, évolution tout à fait anormale, localisation de la méningite, siège de la lésion qui pouvait être diagnostiquée d'après l'enseignement de M. Charcot, voilà les trois points qui ressortent de la lecture de cette observation.

Depuis quelques mois, les cas de méningite tuberculeuse se multiplient tellement, que l'histoire de cette forme de la maladie devient de plus en plus nette.

M. Chauffard et M. du Castel en ont rapporté récemment de nouvelles observations qui présentent entre elles une remarquable conformité. L'épithète d'anormales ne pourra bientôt plus leur être appliquée. Il ressort toutefois de leur étude une remarque malaisée à expliquer, c'est la fréquence de la localisation anatomique au niveau des centres moteurs des membres. Est-ce parce que ces portions de l'écorce cérébrale sont celles qui fonctionnent le plus chez les malades que nous observons à l'hôpital? Il se ferait là une circulation plus active, et les chances d'appel et de germination sur place de l'agent infectieux seraient plus grandes. L'explication serait plausible si l'on n'admettait pas que c'est précisément l'inactivité relative du lobe supérieur du poumon qui le prédispose à la tuberculisation.

Séance du 25 avril 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

16. Néphrite interstitielle. — Hypertrophie du cœur; par L. THOINOT, interne des hôpitaux. Examen histologique, par DARIEN, interne des hôpitaux.

B... Marie entre le 19 mars 1884 à l'hôpital St-Antoine, salle Rostan. Cette malade, alcoolique, âgée de 39 ans, a eu huit enfants. Avant son avant-dernière couche, qui remonte à dix-huit mois, elle fut prise vers les derniers mois d'accidents albuminuriques avec anasarque généralisée, sans attaque éclamptique, qui se prolongèrent au delà de ses couches pendant deux mois environ. Jamais auparavant elle n'avait eu rien d'analogue. La santé se rétablit et à sa dernière couche, un an après, les mêmes accidents se

reproduisirent; tout rentra de nouveau dans l'ordre quelque temps après la couche, mais la santé ne revint pas à son taux normal; la malade resta essoufflée, ses jambes enflant le soir et affectée de violentes palpitations.

A son entrée on constate un *œdème* marqué surtout aux membres inférieurs, *œdème* mobile, diminuant ou augmentant sans cause apparente. *Ascite considérable* qui persiste sans changement tout le temps de son séjour. Les *urines* sont claires, abondantes, d'une densité de 1010 avec des quantités d'albumine des plus variables, tantôt nulles pendant plusieurs jours, tantôt s'élevant à un ou deux grammes en 24 heures.

Le cœur est hypertrophié, bat violemment; *frottement péricardique* des plus nets. Pas de bruit de galop. *Œdème* pulmonaire double, variable comme l'*œdème* des membres inférieurs et l'albuminurie. Les artères radiales et humérales paraissent fortement sclérosées. Le foie déborde les fausses côtes et est manifestement douloureux à la pression. Mort le 20 avril.

AUTOPSIE, le 22. *Reins* petits, du poids de 55 grammes chacun, l'un d'entre eux renferme un kyste gros comme une noix. Cependant l'apparence n'est pas tout à fait celle du petit rein granuleux classique; le rein paraît comme translucide, et les granulations sous-capsulaires sont peu marquées. *Cœur*. Ventricule gauche fortement hypertrophié. Pas de lésion valvulaire. Quelques plaques gélatineuses sur l'aorte; mais l'examen plus complet du système artériel, des carotides, des radiales, des humérales, des artères de la base du cerveau justifie le diagnostic d'artério-sclérose généralisé porté pendant la vie. Foie d'apparence cardiaque, dur à la coupe mais ne résistant pas à la pression du doigt sur son parenchyme.

M. Darier, notre excellent ami et collègue, répétiteur au laboratoire du Collège de France, a bien voulu se charger de l'examen histologique.

Voici la note qu'il nous a remise et qu'il a présentée à la Société anatomique le 2 avril 1884 :

Reins. Les coupes sur des portions des deux reins préalablement fixées par le liquide de Müller ont été pratiquées par congélation, les unes parallèlement, les autres perpendiculairement à la surface. On y trouve les lésions de la néphrite interstitielle à un haut degré d'intensité. Le tissu conjonctif proliféré a étouffé presque partout les canalicules du rein. De distance en distance on trouve pourtant par petits groupes des tubes de forme variée qui ont subi une dilatation kystique. L'épithélium est le siège d'altérations

cadavériques trop avancées pour qu'il soit possible de rien articuler à son sujet. Quant à la disposition topographique de la sclérose interstitielle, il est de toute évidence qu'elle est absolument diffuse, sans aucune systématisation. Elle occupe aussi bien le sommet des pyramides que leur surface corticale; elle n'est nullement plus prononcée autour des artères. Les vaisseaux artériels eux-mêmes sont dans un état d'intégrité remarquable, au moins pour les plus gros rameaux. Seules les artérioles les plus fines offrent un peu de périartérite et même d'endarterite; mais le peu d'intensité de cette lésion doit la faire considérer comme secondaire. Les artérioles et les capillaires sont gorgés de sang, ce qu'expliquent les altérations trouvées du côté des glomérules. L'immense majorité de ces derniers sont remplis d'une masse d'apparence homogène, hyaline, sans structure apparente. On reconnaît dans les moins atteints quelques noyaux colorés en rouge qui semblent aplatis. Cette substance homogène se colore en jaune pâle par le picrocarminate d'ammoniaque, en bleu pâle par le violet de méthyle, en jaune clair par la solution iodée, et reste incolore sous l'influence de l'acide osmique: on ne peut donc la considérer ni comme de nature amyloïde, ni colloïde. Elle semble résulter de l'hyperplasie de la membrane propre, hyaline, des capillaires du glomérule, hyperplasie qui entrave, au point de l'empêcher parfois complètement, la circulation sanguine dans ces vaisseaux. — Dans d'autres glomérules on constate une atrophie simple du bouquet vasculaire lequel est entouré de couches fibreuses concentriques. Quelques-uns enfin sont normaux. Les granulations de la surface du rein sont dues à des groupes de tubuli en dilatation kystique, et les sillons qui les séparent résultent de la rétraction du tissu scléreux entre ces granulations. Le grand kyste signalé dans l'un des reins était tapissé d'un épithélium cylindrique assez régulier actuellement en grande partie détaché dont les cellules avaient en grande partie subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Le foie est entièrement normal, sauf un peu de dilatation des capillaires dans quelques lobules, due sans doute à de la congestion passive. La rate dont le tissu est ferme, n'offre aucune lésion ni dans son parenchyme, ni dans ses vaisseaux.

EN RÉSUMÉ, notre observation montre un cas très pur et bien net d'hypertrophie cardiaque liée à une néphrite interstitielle avancée, sans trace de lésions artérielles. Cette néphrite interstitielle s'est développée chez elle sous

l'influence de deux grossesses successives et paraît devoir être rattachée à une origine épithéliale.

17. Symphyse cardiaque. — Insuffisance aortique. — Aortite chronique de l'aorte thoracique. — Mort subite ; par A. MARFAN, interne des hôpitaux.

Un homme, âgé de 45 ans, alcoolique, reçut il y a huit ans un coup de timon dans la région précordiale. Il n'eut à la suite ni toux, ni expectoration. Un médecin appelé lui dit qu'il n'avait pas de côte cassée. L'unique symptôme qu'il éprouva fut une douleur très vive à la région blessée. Cette douleur n'a jamais disparu : elle a duré jusqu'à la mort du malade. Elle occupait toute la région précordiale, mais elle avait un maximum au-dessous du mamelon gauche. Cette douleur ne venait pas par crises ; elle était constante ; elle gênait quelquefois la respiration et amenait un peu d'oppression. La région précordiale du malade portait la trace de révolutions maintes fois répétées. Pendant les huit années qui s'écoulèrent après le traumatisme, le malade n'éprouva aucun autre symptôme que cette douleur. Mais quinze jours avant la mort, l'évolution de la maladie présenta un épisode aigu. Etant sur l'impériale de l'omnibus, le malade est pris de frissons et sa douleur précordiale devient plus vive que d'ordinaire. Il prend le lit et y reste une dizaine de jours, ne prenant que du bouillon, toussant, crachant, ayant de la fièvre et de l'oppression. Puis l'appétit revint, la fièvre tomba, mais la douleur précordiale était toujours très vive : c'est pour ce dernier motif que, dès qu'il put marcher, le malade se présenta à l'hôpital et fut admis à la Pitié, dans le service de M. Audhoui, le 21 avril 1884. Examiné à la contre-visite, le malade, d'aspect vigoureux, répondit très clairement et sans fatigue aucune aux questions qui lui furent posées : il n'avait pas de fièvre, disait qu'il avait envie de manger, ne se plaignait que de sa douleur précordiale et rien ne faisait prévoir que la mort était aussi prochaine. L'examen des signes physiques donna les résultats suivants : à la partie postérieure du thorax, la percussion et l'auscultation du poumon ne donnèrent aucun résultat. A la partie antérieure du thorax, la percussion et l'inspection ne révèlent rien. La palpation nous indique que le cœur a une impulsion assez forte et nous supposons qu'il doit être un peu hypertrophié. L'auscultation du cœur fait entendre un souffle léger au deuxième temps et à la partie moyenne du cœur. Mais ce que l'auscultation de la partie antérieure du thorax fait

percevoir par-dessus tout, c'est un bruit étendu à toute cette partie antérieure, qu'on entend aussi bien au niveau du cœur qu'au niveau du poumon : il s'agit d'un bruit de déplissement qu'on peut comparer aussi bien à des frottements qu'à des râles crépitants de retour : il est impossible de déterminer s'il s'agit là d'un bruit cardiaque ou d'un bruit pulmonaire, car on l'entend d'une manière constante ; il couvre la systole et la diastole, il couvre aussi l'inspiration et l'expiration. Tel était l'état du malade le soir de son entrée : dans la nuit qui a suivi, il appelle la surveillante de garde pour lui dire qu'il avait froid : la surveillante constate en effet que sa peau est glacée ; elle va chercher des linges chauds, et quand elle revient, elle le trouve mort.

AUTOPSIE. — A l'autopsie, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'intégrité absolue de tous les viscères, sauf le cœur et l'aorte. Le cerveau, le foie et les reins sont normaux. Les poumons sont sains, libres de toute adhérence avec la paroi thoracique et avec le péricarde lui-même.

Voici maintenant les lésions : la cavité du péricarde a disparu entièrement : le cœur est enveloppé d'une coque fibreuse épaisse de 3 ou 4 millimètres, assez molle, et n'ayant subi nulle part la transformation ossiforme. Cette coque enveloppe la totalité du cœur et monte jusque sur la racine des gros vaisseaux. Le myocarde n'est ni hypertrophié, ni atrophié ; sa couleur est légèrement jaunâtre. Les cavités du cœur ont un volume normal. La valvule mitrale et l'orifice mitral sont intacts. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont insuffisantes : elles sont très épaissies et présentent de petites plaques d'athérome. L'aorte thoracique est couverte de plaques d'athérome : elle ne présente aucune trace de dilatation. Les orifices des artères coronaires sont réduits à presque rien : il s'en faut de très peu que leur oblitération ne soit complète.

RÉFLEXIONS. — Le cas dont nous venons de donner la relation soulève trois questions principales : 1° Quelle a été le rôle étiologique du traumatisme dans la production des lésions décrites ci-dessus ? Evidemment la question est délicate et il est difficile d'y répondre d'une manière absolue. Notre sentiment à cet égard est que la symphyse cardiaque et l'aortite thoracique sont de simples coïncidences et n'ont aucune corrélation. La péricardite adhésive est très probablement d'origine traumatique : mais une

pareille origine doit être rejetée pour l'aortite thoracique : il est possible que cette dernière se soit développée sous l'influence de l'alcoolisme. 2° Comment s'est produite la mort subite? Deux causes ont dû s'ajouter pour amener l'arrêt des battements du cœur : l'oblitération des orifices des artères coronaires et la symphyse cardiaque. 3° Comment doit-on interpréter les phénomènes fébriles survenus quelque temps avant la mort? Il est extrêmement probable que ces phénomènes ont été produits par une poussée aiguë de péricardite, poussée qui a rendu la symphyse cardiaque encore plus complète.

18. Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Perforation de la trachée ; par Paul BERRÈS.

Le nommé X..., âgé de 49 ans, entre le 30 janvier 1884 dans le service de M. FERRAND, suppléé par M. Gingeot.

On trouve peu de choses dans les antécédents héréditaires du malade. Cependant, son père est mort après avoir longtemps souffert du foie, avoir eu de l'ictère et de l'anasarque. La mère est morte très âgée d'un vieux catarrhe pulmonaire. Un frère est mort peu de temps après un refroidissement, avec de l'anasarque ; ce frère avait moins de 30 ans. Quant au malade lui-même, il a joui d'une excellente santé jusqu'à il y a deux mois. A la fin de novembre, il remarqua qu'il avait beaucoup de peine à avaler un bol alimentaire même peu volumineux. Il se vit obligé en peu de temps à n'avalier que de petites bouchées à la fois, bouchées qu'il était obligé de faire suivre d'une gorgée de liquide. L'appétit était bon, mais aussitôt les aliments arrivés à la partie moyenne du conduit œsophagien, le malade était pris d'accès de suffocation qui l'obligeaient à vomir ce qu'il avait mangé.

Comme la déglutition devenait de jour en jour plus difficile, il se décida à entrer à Laënnec le 30 janvier. Le jour de son entrée, le malade nous apparaît comme un homme d'aspect assez robuste encore, quoique passablement amaigri. Il a le visage très coloré, les yeux larmoyants et les paupières gonflées des gens qui font fréquemment des efforts violents.

Nous essayons le jour même une sonde œsophagienne. La sonde la plus petite de la filière, celle qui ne mesure que 8 millimètres de diamètre n'arrive pas à franchir l'obstacle.

Un premier rétrécissement situé à l'union du quart su-

périeur environ, avec les trois quarts inférieurs, se laisse franchir, mais on est invinciblement arrêté par un deuxième rétrécissement situé à environ 6 à 8 centimètres du premier.

Le malade niant tout antécédent syphilitique; d'un autre côté, les antécédents alcooliques manquant absolument, ainsi que toute histoire de brûlure ou de traumatisme quelconque, M. Gingeot porta le diagnostic de rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

Nous fîmes boire le malade devant nous. Le liquide passa assez bien, mais une cuillerée de soupe assez épaisse ne passa pas.

Les vomissements se produisaient immédiatement après la déglutition. Le malade sentait très bien quand les aliments étaient descendus dans l'estomac. Une fois descendus là, disait-il, jamais ils ne remontent.

Les aliments sont rejetés tels qu'ils ont été pris. Ils ne semblent jamais avoir subi de commencement de digestion. Quand ils sont parvenus à gagner l'estomac, leur digestion s'exécute très bien. Les selles sont régulières. Toutes les autres fonctions ne laissent rien à désirer.

Vers le 8 février, après avoir fait gargariser le malade avec un gargarisme au bromure de potassium et à la belladone pour éviter les spasmes, on arrive à passer la petite sonde de 8 millimètres.

19 février. On emploie les mêmes précautions, et avec une olive, la plus petite de la filière Aubry, on franchit deux rétrécissements, mais on est arrêté par un troisième, qui est situé approximativement à 5 ou 6 centimètres au-dessus du cardia. Le malade supporte difficilement l'examen. Il suffoque et demeure aphone jusqu'à sa mort.

28 février. La petite olive franchit le troisième obstacle et arrive dans l'estomac.

3 mars. La troisième olive arrive dans l'estomac, grâce au cathétérisme répété des jours précédents.

15 mars. La même olive passe tous les jours; mais le malade s'affaiblit toujours, malgré la quantité plus grande d'aliments qu'il peut avaler.

Vers le 20 mars, il est pris d'un accès de suffocation terrible en buvant un verre de lait; il tousse et rend du lait dans ses crachats. Nous l'auscultons avec soin, mais nous ne trouvons pas le moindre gargouillement, si ce n'est au niveau des bronches, où il y a quelques gros râles. La percussion ne nous révèle aucune zone mate.

Depuis cette époque, le malade tousse chaque fois qu'il boit.

25 mars. Il a une quinte de toux, suivie d'une syncope. Une injection d'éther le relève un peu; mais dans la nuit du 25 au 26, il est pris d'une fièvre intense et il meurt le 27 au matin.

L'AUTOPSIE est pratiquée le lendemain, 24 heures après la mort. — A l'ouverture du thorax, nous ne voyons rien de bien remarquable. Les poumons sont affaissés. Nous les enlevons un à un pour ne pas endommager les organes du médiastin postérieur.

Le cœur, sain du reste, est enlevé.

Nous faisons alors passer une section au-dessus du larynx, que nous trouvons intact, et nous décollons en bloc tout le paquet constitué par la trachée, l'aorte et l'œsophage.

L'extraction est pénible. Il y a des adhérences avec les aponévroses prévertébrales, adhérences lardacées qui orient sous le scalpel.

Les pièces enlevées, nous constatons de véritables varices de l'azygos. Enfin, une section longitudinale est pratiquée sur la paroi postérieure de l'œsophage et nous trouvons d'une façon générale le conduit rétréci en trois endroits.

Le premier point rétréci se trouve à environ 5 centimètres au-dessus de la partie initiale du conduit œsophagien. Le deuxième est situé à 8 centimètres environ au-dessous du premier, dont il est séparé par une partie assez élargie. Le troisième n'est pas à plus de 5 ou 6 centimètres de l'orifice cardiaque.

L'aspect des parties change avec le point que l'on considère. En haut, au-dessus du premier rétrécissement, la muqueuse est saine, de même que celle du pharynx et du larynx. Au niveau du point coarcté, on voit se former sous la muqueuse une saillie mamelonnée de 12 à 13 millimètres, blanchâtre et de consistance assez molle. Tout autour, perpendiculairement à l'axe du canal, on peut voir une sorte de bourrelet mollassé et de couleur rose blanc qui constitue l'obstacle au cours des aliments. A ce niveau, la muqueuse est recouverte d'un enduit muco-purulent très épais et très visqueux, mêlé à des stries de sang. A la partie moyenne de l'ampoule dilatée qui sépare les deux premiers rétrécissements, on trouve un trou gros comme une pièce de 20 centimes, irrégulièrement circulaire. Quand on y enfonce un stylet, on voit l'instrument sortir aussitôt dans la trachée, à 1 centimètre au-dessus de la fistule qui vient de la bifurcation trachéale.

Cet orifice, trop peu allongé pour mériter le nom de tra-

jet fistuleux, est tapissé par une muqueuse altérée comme celle de la poche.

Cette poche, dont le plus grand diamètre ne va pas à 3 centimètres, a sa muqueuse épaissie, bourgeonnante et noirâtre. Sa consistance est diminuée.

Au-dessus du deuxième rétrécissement, on voit presque aussitôt se former une sorte de saillie allongée de 4 à 5 centimètres de long, qui semble dévier le canal vers la gauche. La muqueuse, à ce niveau, est rouge, épaissie. Déchirée par le couteau, elle laisse voir comme une poche renfermant une masse caséuse. Au-dessous du troisième rétrécissement, le plus serré de tous, on retrouve une muqueuse saine, mais un peu congestionnée.

L'estomac est sain. Les parois de l'œsophage sont épaissies. Tantôt il semble qu'ils agissent d'une véritable hypertrophie de la tunique musculaire; tantôt, au niveau des points malades, on trouve les parois envahies par la dégénérescence. Il y a des adhérences nombreuses avec la crosse de l'aorte et la sous-clavière gauche, sans que ces artères soient envahies. Enfin, les ganglions bronchiques dégénérés forment de grosses masses plus ou moins dures qui englobent le récurrent et la crosse aortique en un point. Il est presque impossible de retirer le récurrent de la gangue, au milieu de laquelle il est plongé.

La trachée a été envahie sur la ligne médiane, au point où cessent les cerceaux cartilagineux. Sa muqueuse n'est qu'un peu hyperhémisée; au niveau de l'orifice et un peu en suivant la bronche gauche qu'à l'autopsie on trouva gorgée de mucus, on voit une muqueuse épaissie et enflammée qui semble déjà participer à la dégénérescence de la muqueuse pharyngienne.

Le foie offre une belle cirrhose d'apparence alcoolique. A l'œil nu, les lobules paraissent étranglés par de larges lamelles de tissu conjonctif.

Le foie est granuleux, lourd, de volume normal et d'une consistance telle qu'il se laisse difficilement entamer par le couteau.

Nous n'avons pas trouvé de cancer dans un autre point de l'économie.

Cette observation nous a paru intéressante, malgré tout ce qu'elle a de classique et de prévu par la rapidité de l'évolution, la communication avec la trachée et l'englobement du récurrent dans la tumeur, fait qui explique suffisamment les troubles de la phonation produits à l'occasion des premières tentatives de cathétérisme.

19. Le muscle péronier du cinquième orteil chez l'homme ;
par le D^r L. TESSIER, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les faisceaux charnus ou tendineux qui apparaissent à l'état anormal, dans la région des muscles péroniers latéraux, sont fort nombreux et souvent fort disparates. Les dénominations que leur ont données les anatomistes qui nous les ont fait connaître sont malheureusement tout aussi nombreuses, plus nombreuses peut-être que les variétés auxquelles elles s'appliquent. De là, une confusion regrettable que cet article fera disparaître, je l'espère. J'estime pour ma part, après de nombreuses recherches, que toutes les formations surnuméraires qui se détachent de la face externe du péroné pour aboutir soit au calcaneum, soit au cuboïde, soit au cinquième orteil, etc., ne sont que des formes complètes ou incomplètes d'un muscle qui entre avec la valeur d'un organe type, dans la constitution anatomique d'un grand nombre de mammifères. Ce muscle que j'appellerai avec Huxley *péronier du cinquième orteil* (*peroneus quinti digiti*), je vais tout d'abord le décrire avec quelques détails; il nous sera plus facile ensuite, l'organe type étant connu, d'étudier ses divers modes de réapparition chez l'homme, c'est-à-dire de reconnaître dans la région qui en est le siège, et les faisceaux qui le reproduisent intégralement, et les faisceaux qui n'en sont que des débris.

I. — *Le péronier du cinquième orteil chez les mammifères.* — Parmi les carnassiers, l'ours et le chat sont d'excellents sujets d'étude. L'*ursus americanus* m'a présenté trois péroniers distincts : 1° le *long péronier latéral*, détaché de la moitié supérieure de la face externe du péroné, glissait derrière la malléole externe et venait se terminer en partie sur l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien ; 2° le *court péronier latéral* prenait naissance audessous du précédent, jusque dans le voisinage de la malléole ; son tendon terminal se fixait, comme chez l'homme, sur l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien ; 3° entre les deux muscles précédents et sur un plan un peu postérieur, naissait un troisième muscle, confondu en apparence avec le court péronier latéral, mais complètement isolable par la dissection. Un peu plus petit que le court péronier latéral, il affectait une forme triangulaire, la base correspondant à son insertion sur le péronier. Son sommet se continuait par un tendon cylindrique, lequel contournait

la malléole, glissait sur la face dorsale du cinquième métatarsien et finalement venait se terminer sur la première phalange du cinquième orteil. C'est le *péronier du cinquième orteil*.

Meckel signale également chez l'*ours* la présence de deux courts péroniers : l'*inférieur*, se rendant au cinquième métatarsien et envoyant une languette tendineuse au tendon le plus externe de l'extenseur commun des orteils, c'est le court péronier latéral classique ; le *supérieur* gagnant les deux premières phalanges du cinquième orteil, c'est notre péronier du cinquième orteil. Il est très nettement spécifié dans la description de Meckel qu'il naît au-dessus du précédent, entre lui et le long péronier latéral par conséquent. Dans une dissection récente et postérieure à la nôtre, le professeur Sthepherd a rencontré, lui aussi, chez l'*Ursus americanus*, un *peroneus brevis* et un *peroneus quinti digiti* ; mais je ne comprends pas pourquoi, prenant l'un pour l'autre, il a appelé *peroneus brevis* celui qui se rend au cinquième orteil, et *peroneus quinti digiti* celui qui s'arrête à la base du cinquième métatarsien.

Le chat m'a offert un péronier du 5^e orteil, toujours très distinct des autres péroniers latéraux. Voici la description qu'en donne Strauss-Durckheim sous le nom de *fibulinus* : « C'est un muscle fusiforme placé en dedans du *fibulæus* (long péronier latéral). Il fixe ses fibres charnues à la moitié supérieure de la face externe du péroné qu'il embrasse et d'autres viennent de la cloison fibreuse qui le sépare en haut du *perodactylus* (long fléchisseur commun des orteils). De là ses fibres se portent en dessous, les antérieures obliquement en arrière et les postérieures obliquement en avant, sur les deux bords d'un long tendon qui longe le milieu de la face externe. Au quart inférieur du péroné, ce tendon devient libre, continue à longer cet os, entre celui du *fibulæus* placé en avant, et celui du péroné placé en arrière, et se refléchit en bas, avec ce dernier, derrière la malléole externe qui leur forme une poulie de renvoi. Ainsi détourné de sa direction primitive, il se porte en dessous, longe la face antéro-externe du pied pour aller gagner la partie latérale de la phalangeole du hallux (cinquième orteil), où il se recourbe une autre fois en avant, passe obliquement sur cette phalange, et s'unit au côté externe du tendon du *cnémodactyle* de cet orteil (long extenseur commun) pour concourir avec lui à former la calotte fibreuse qui recouvre l'articulation phalangéophalanginienne. »

Le même muscle se détache, chez la *civette*, d'après les

dissections d'Young, en arrière du court péronier latéral et se fusionne avec le tendon que l'extenseur commun envoie au cinquième orteil.

Chez le *phoque* (Humphry), l'extenseur du cinquième orteil paraît être encore distinct des autres péroniers et se fixe au côté externe de la première phalange. La *roussette* d'Edwards, si bien étudiée par Alix, nous présente au lieu et place du court péronier latéral de l'homme, deux faisceaux distincts : un faisceau supérieur qui vient se fixer à l'aide d'un long tendon sur le côté externe de la première phalange du cinquième orteil, et un faisceau placé plus bas, qui se fixe au cinquième métatarsien ; mais pourquoi M. Alix donne-t-il au premier de ces faisceaux le nom de court péronier latéral ? C'est pour le deuxième faisceau ou faisceau inférieur qu'il convient, ce me semble, de réserver ce nom ; le premier est un véritable *peroneus quinti digiti*.

Dans la sous-classe des *didelphes*, le kangourou possède bien un péronier du cinquième orteil, mais il est en partie fusionné avec le court péronier latéral. Il est représenté par un simple tendon qui émane du tendon de ce dernier muscle et vient s'attacher sur la première phalange, non du cinquième orteil, mais du quatrième, d'après Meckel. Même disposition chez le *fourmilier*, avec cette variante toutefois que le tendon digital du court péronier latéral se porte au 5^e orteil où il se termine, soit sur la première phalange, comme l'enseigne Meckel, soit sur le tendon de l'extenseur commun, comme l'a vu Humphry.

Je pourrais citer bien des mammifères encore qui possèdent le péronier du cinquième orteil avec une disposition analogue à celle que je viens de décrire ; mais j'ai hâte d'arriver à l'ordre des primates. Les singes inférieurs, le *Cercopithecus sabæus*, le *Macacus cynomolgus*, le *Pithecia hirsuta*, le *Cynocephalus maimon* (Bischoff), le *Cynocephalus annbis* (Champneys), etc., présentent tous, en général, le péronier du cinquième orteil ; mais si, dans le plus grand nombre d'entre eux, ce muscle est facilement isolable dans toute son étendue, il est quelques sujets, sinon quelques espèces qui présentent un certain degré de fusion entre lui et les autres péroniers latéraux, le court péronier latéral principalement. C'est ainsi que j'ai vu, deux fois au moins, chez le cercopithèque, le tendon du *peroneus quinti digiti* faire suite à un corps charnu, lequel se confondait entièrement avec le court péronier latéral avant d'atteindre la surface d'implantation osseuse. Il existait, dans ce cas, un court péronier latéral d'abord unique, puis divisé

en deux corps charnus qui allaient se fixer, à l'aide de tendons distincts, le premier aux phalanges du petit orteil, le second au cinquième métatarsien.

Je dissèque actuellement un *cercopithecus fuliginosus* dont le péronier du 5° orteil, situé sur un plan postérieur par rapport aux deux autres péroniers, affecte la forme d'un triangle, dont les faisceaux supérieurs se confondent avec le long péronier latéral et les faisceaux inférieurs sont fusionnés également avec le court péronier latéral. Du reste, son tendon fort grêle suit le trajet de ce dernier muscle et vient se fixer sur le côté externe de la première phalange du 5° orteil.

Quant aux Anthropoïdes, ils possèdent presque tous un rudiment du péronier du 5° orteil, et c'est à tort que Bischoff, dans son tableau de myologie comparée des singes (1870, *anatomie du gibbon*), signale l'absence de ce muscle chez le gorille, l'orang-outang, le chimpanzé et le gibbon. Le corps musculaire a disparu, en tant qu'organe nettement différencié, cela est incontestable; mais il en reste encore des vestiges non moins incontestables. Je veux parler d'un tendon, souvent très volumineux, qui, se détachant du tendon du court péronier latéral unique, glisse le long de la face dorsale du 5° métatarsien, pour venir se terminer soit dans le voisinage du 5° orteil (*extrémité antérieure du métatarsien, tissu fibreux de l'articulation métatarso-phalangienne*), soit sur les phalanges elles-mêmes (*directement ou par l'intermédiaire de l'extenseur commun*). Nous désignerons désormais ce tendon, avec S. Pozzi, sous le nom de *prolongement digital* ou *prolongement phalangien* du court péronier latéral; on ne saurait trouver une expression à la fois plus simple et plus nette.

Ce prolongement digital du court péronier a été constaté chez le chimpanzé par Brulh, Macalister, Champneys, Gratiolet et Alix et par Bischoff lui-même, quelques années après la publication du mémoire précité. Sur mon *trogodytes niger*, il affectait la forme d'un tendon très grêle, presque filiforme, qui se séparait du tendon du court péronier au moment où celui-ci sortait de sa gaine, et venait se perdre dans le tissu fibreux qui recouvre en haut l'articulation métatarso-phalangienne.

Le *peroneus quinti*, réduit de même à un tendon, a été constaté chez le gibbon par Chudzinski. Macalister l'a signalé chez le gorille; mais il n'en existait aucun vestige sur les sujets disséqués par Duvernay et par Bischoff. Même disposition chez l'orang: Lange a bien rencontré, chez cet anthropoïde, un faisceau frêle qui, du quart supé-

rieur du péroné se fixait à la base du 5^e métatarsien, après avoir contourné la malléole avec les autres péroniers ; mais il s'agissait là, très probablement, d'une formation anormale, car ni le sujet de Duvernoy ni le mien n'ont présenté ce faisceau, même à l'état rudimentaire. Le long péronier latéral et le court péronier latéral existaient seuls, exclusivement insérés, comme chez l'homme, l'un sur le premier métatarsien, l'autre sur le cinquième.

Si nous essayons maintenant de résumer en quelques mots les lignes qui précèdent, nous voyons que le *péronier du 5^e orteil* peut affecter, dans son existence et ses rapports avec les autres péroniers¹, quatre modalités principales basées, depuis la première jusqu'à la dernière, sur le degré plus ou moins avancé de différenciation de cette formation musculaire : 1^{er} degré : Indépendance anatomique complète du péronier du 5^e orteil (*ours, chat, civette*) ; 2^e degré : Absorption partielle de son corps musculaire par le muscle court péronier latéral (*quelques singes inférieurs*) ; 3^e degré : Absorption totale de son corps musculaire et absorption partielle de son tendon, par le même muscle (*chimpanzé*) ; 4^e degré : Absorption totale de son corps musculaire et de son tendon par le même court péronier latéral ; disparition absolue du péronier du 5^e orteil (*gorille, orang, homme*).

II. *Reproduction chez l'homme du péronier du 5^e orteil ; formes complètes et incomplètes.* — Synonymes : (*Peroneus quinti digiti* de Huxley, *Peroneus quinti* de Macalister, *Extensor proprius quinti digiti* de Devis, *Peroneus medius* de Cuvier, *Peroneus tertius* et *Adductor digiti quinti longus* de Burdach, *Extensor brevis digiti quinti* de Ruge, *Peroneus parvus* de Bischoff, *Peroneus accessorius* de Henle, *Peroneus quartus* d'Otto, *Peroneus sextus* de Macalister). — Toutes les modalités, précédemment indiquées, du péronier du 5^e orteil se reproduisent chez l'homme. Et d'abord, la disparition complète de ce muscle par absorption totale de ses éléments anatomiques dans la masse des autres péroniers, constitue chez nous la disposition normale, comme le prouvent les chiffres suivants : Wood a rencontré, 5 fois seulement sur 32 sujets, le prolongement digital du court péronier latéral. Pozzi qui a publié, en 1872, une très intéressante étude sur cette disposition anatomique, déclare ne l'avoir rencontrée que 4 fois sur 28 sujets. Il résulte de ces deux statistiques très concordantes, comme on le voit, que le prolongement tendineux, envoyé par le court péronier latéral au 5^e orteil, se rencontrerait une fois sur 6 ou 7 sujets. Ce rapport est bien

évidemment, trop faible, si l'on tient compte de tous les cas où un tendon surnuméraire se détache du tendon du court péronier latéral pour se terminer sur n'importe quel point de la région tarso-métatarsienne ; mais il doit se rapprocher beaucoup de la vérité, s'il ne s'applique qu'aux formes complètes de ce tendon, c'est-à-dire aux tendons bien développés et se portant sans interruption du court péronier latéral au 5^e orteil. Dans une nouvelle statistique plus récente et plus complète, Wood donne les chiffres suivants : sur 68 hommes, 15 lui ont présenté un tendon complet, 5 des vestiges seulement de ce tendon ; de même sur 34 femmes, 5 possédaient un tendon complet, 8 n'en avaient que des vestiges. Au total, sur 102 sujets, le prolongement phalangien du court péronier latéral existait 36 fois : 23 fois à l'état complet, 13 fois à l'état de vestiges ; sa fréquence me paraît donc devoir être représentée par la fraction $\frac{1}{3}$.

Il résulte ainsi des chiffres qui précèdent, que la présence de deux faisceaux seulement dans la région externe de la jambe, insérés exclusivement l'un au 5^e métatarsien, l'autre au premier, constitue la règle chez l'homme et que tous les autres faisceaux, charnus ou tendineux, qu'on rencontre dans cette région, y compris le prolongement digital du court péronier, sont des formations surajoutées, devant prendre place parmi les anomalies comme les reproductions d'un muscle disparu, le péronier du 5^e orteil.

Ces formations réversives sont complètes ou incomplètes :

1^{re} *Formations complètes.* — Sous le titre de formations complètes, je comprends tous les faisceaux, charnus ou tendineux, qui, émanant du péroné, se portent directement ou indirectement sur les phalanges du petit orteil. Elles comportent trois variétés correspondant exactement aux trois premiers degrés de différenciation du muscle chez les mammifères.

1^{re} *variété* : tendon phalangien fourni par un muscle distinct du court péronier latéral. — Un fait de cette nature est rapporté par Macalister : « J'ai vu, dit-il, un muscle complètement séparé se détacher du quart inférieur du péroné, au-dessous du court péronier latéral, glisser avec lui dans la gouttière rétro-malléolaire et se porter sur l'aponévrose d'extension qui recouvre le cinquième orteil. » Voilà bien un faisceau musculaire qui reproduit intégralement le cinquième péronier des mammifères, de l'ours par exemple, de la civette et de quelques singes inférieurs.

2^e *variété* : tendon phalangien fourni par un muscle fusionné avec le court péronier latéral. — J'ai vu, dans un cas, sur le côté gauche d'un sujet, un tendon très grêle

longer le bord antérieur du tendon du court péronier latéral, contourner avec lui la malléole et se jeter sur un petit corps charnu, de 18 millimètres de longueur seulement, lequel se fusionnait entièrement avec les faisceaux du court péronier, avant d'atteindre l'os. Où se terminait en bas ce tendon ? Allait-il au cinquième orteil ? C'est probable, mais je ne saurais l'affirmer ; le pied sur lequel j'ai eu l'occasion de l'observer avait subi l'amputation tarso-métatarsienne, et je n'ai pu le suivre au delà du cuboïde.

Sur un deuxième sujet, j'ai rencontré un péronier du cinquième orteil dont le corps charnu, relativement très développé, se fusionnait avec la portion sous-malléolaire du tendon du court péronier latéral ; ce muscle avait été préparé par un de mes élèves, M. Capdeville. Je transcris textuellement la note qu'il m'a remise à ce sujet : A sa partie supérieure, le court péronier latéral ne présente rien de particulier. Après avoir contourné la malléole externe et presque immédiatement au-dessous de cette malléole, son tendon donne naissance, le long de son bord antérieur et dans une étendue de 1 centimètre et demi, à un muscle surnuméraire qui présente les dimensions suivantes : longueur 35 millimètres, épaisseur 10 millimètres. Ce petit muscle se jette, un peu en arrière du cinquième métatarsien, sur un tendon aplati et grêle qui vient aboutir, à la façon d'un tendon du pédieux, sur le bord externe du tendon que l'extenseur commun envoie au cinquième orteil. Cette fusion se fait au niveau de la première phalange. Dans son trajet, le tendon surnuméraire précité passe dans un canal de 3 millimètres de longueur, constitué par la partie postérieure du tendon terminal du péronier antérieur. Sur ce même sujet, le faisceau interne du pédieux, destiné au gros orteil, était plus volumineux que d'ordinaire et se trouvait complètement séparé du reste du muscle.

Hallet, Macalister et Wood ont signalé des faits analogues. Dans le fait de Wood (*Voir dessin in Proc. of Roy. Soc. of London*, XVI, p. 520), le péronier du cinquième orteil affectait une disposition fusiforme et se trouvait compris entre deux tendons : un tendon d'origine qui se réunissait au-dessus de la malléole avec le tendon du court péronier latéral, un tendon terminal qui venait s'insérer, comme sur mon sujet, sur le tendon externe du long extenseur.

3^e variété : tendon phalangien fourni directement, sans interposition de faisceaux charnus, par le tendon du court péronier latéral. C'est là la disposition la plus ordinaire. Signalé par la plupart des anatomistes, observé à coup sûr

par tous ceux qui ont suivi pendant quelque temps les salles de dissection, le prolongement digital du court péronier latéral a été particulièrement bien décrit en France, et interprété comme il méritait de l'être par Samuel Pozzi. Il résulte des observations connues que ce tendon, très variable en volume, est fort variable aussi dans son mode d'origine et son mode d'insertion : il peut naître, en effet, sur n'importe quel point du tendon du court péronier latéral, depuis sa portion rétro-malléolaire jusqu'à son extrémité métatarsienne ; quant à sa terminaison, elle peut se faire, dans le territoire du 5^e orteil bien entendu, sur la phalange, sur le tendon que l'extenseur commun envoie au 5^e orteil, sur l'expansion fibreuse de ce tendon, sur l'articulation métatarso-phalangienne. Du reste, l'anomalie peut être symétrique (*disposition ordinaire*), ou ne siéger que d'un seul côté (*disposition plus rare*).

Il n'est pas très rare que le péronier antérieur fasse défaut sur un pied où se rencontre déjà un prolongement digital très développé. La coexistence de ces deux anomalies sur le même sujet donne à la région un aspect qui rappelle de tous points la disposition présentée par les *singes anthropoïdes*.

Dans un mémoire qui date déjà de vingt ans (1863), le professeur Hyrtl a établi que le prolongement phalangien du court péronier latéral perfore toujours le tendon terminal du péronier antérieur, et, dans les cas où ce tendon s'insère au quatrième métatarsien, passe à travers un ligament (ligamentum intra-metatarseum dorsale) qui réunit l'extrémité postérieure des deux métatarsiens externes.

2^e Formations incomplètes. — Je désigne sous ce titre tous les faisceaux surajoutés qui émanent bien, comme dans les cas précédents, de la face externe du péroné, mais qui n'atteignent pas le 5^e orteil et prennent une insertion secondaire (on connaît le sens qu'il faut attacher à ce mot depuis les importantes recherches de Sabatier) sur l'un des os qui constituent le bord externe du tarso-métatarsien. Cette insertion *reculée* du péronier du 5^e orteil peut se faire sur le 5^e métatarsien, sur le cuboïde, sur le calcanéum et jusque sur la malléole externe ; de là quatre variétés qu'on me permettra de désigner par les dénominations très nettes de *péronéo-métatarsienne*, *péronéo-cuboïdienne*, *péronéo-calcaneenne*, *péronéo-malléolaire*.

1^{re} variété : faisceau péronéo-métatarsien. — Laisant de côté son origine qui peut parcourir toutes les modalités ci-dessus décrites pour les formations complètes, ce fais-

ceau peut se terminer sur l'extrémité antérieure du premier métatarsien, sur son extrémité postérieure, sur sa partie moyenne, avec ou sans expansion pour le premier espace interosseux; j'ai observé pour ma part toutes ces dispositions.

2^e variété : *faisceau péronéo-cuboidien*. — C'est ce faisceau qu'on décrit généralement sous le nom de péronier accessoire, accessoire des péroniers (*peroneus accessorius*, de Henle), dénomination qui est véritablement trop vague et qu'il convient d'abandonner. Le faisceau péronéo-cuboidien peut n'être qu'un petit tendon provenant de la bifurcation du tendon du court péronier latéral et inséré sur le cuboïde. Je possède dans mes notes un cas très net de cette disposition. Mais il n'est pas très rare de rencontrer cette production anormale sous la forme d'un muscle complètement distinct dans toute ou presque toute son étendue. Il est généralement fort grêle et toujours situé profondément, relativement aux autres péroniers. Son point d'origine, sur la face externe du péroné, peut être très rapproché de la malléole, comme aussi il peut être situé à 10 et même 15 centimètres (cas de Chudzinski) au-dessus de cette saillie osseuse. Je n'ai rencontré que trois cas bien nets du petit muscle péronéo-cuboidien. Les deux premiers complètement différenciés, prenaient naissance, en arrière du court péronier latéral, sur la partie moyenne du péroné; quant au troisième, il se détachait, dans le tiers inférieur de la jambe, à la fois du court péronier latéral (face postérieure) et de la cloison fibreuse qui sépare les péroniers des fléchisseurs des orteils.

Le mode de terminaison de ce muscle présente lui-même quelques variétés : il peut s'insérer soit sur le cuboïde lui-même, soit sur le tendon du long péronier latéral. Dans ce dernier cas, c'est principalement avec le renflement sous-cuboidien de ce tendon que se fait la fusion.

On pourra m'objecter peut-être qu'un faisceau qui accompagne le tendon du long péronier latéral ne saurait être assimilé au faisceau précédent, qui accompagne le court péronier latéral et se porte sur le cinquième métatarsien. Cette objection est pour moi sans valeur, car j'ai vu, deux fois au moins, ce tendon de renforcement du tendon du long péronier latéral se détacher, au-dessous de la malléole, du tendon lui-même du court péronier latéral, dans des conditions anatomiques identiques à celles que nous observons pour l'origine du prolongement phalangien à l'état parfait. Je suis heureux de m'appuyer ici sur l'autorité incontestable de M. Chudzinski, qui décrit sous une même

dénomination : 1° les faisceaux péroniers surnuméraires qui s'attachent au cinquième métatarsien ; 2° ceux qui vont renforcer, dans la gouttière cuboïdienne, le tendon du long péronier latéral ; et, enfin, 3° ceux qui s'arrêtent au calcaneum. Ces derniers constituent la variété suivante :

3° variété : *faisceau péronéo-calcanéen externe*. — J'ajoute à la dénomination donnée à ce faisceau le mot d'externe pour distinguer cette formation anormale du *peroneo-calcanæus internus*, que nous avons déjà décrit, et qui possède en effet une signification tout autre. C'est le *peroneus quartus* d'Otto, le *peroneus sextus* de Macalister. On voit combien ces dénominations, basées sur un numéro de série, sont défectueuses. Le péronéo-calcanéen externe, identique au précédent par ses insertions d'origine, n'en diffère que par son mode de terminaison. Cette terminaison se fait, dans la majorité des cas, à l'aide d'un tendon plus ou moins grêle, sur le tubercule de la face externe du calcaneum.

Des observations de faisceaux péronéo-calcanéens externes sont rapportées par Otto, Thecle, Wood, Macalister, Chudzinski, Curnow, Knott, Beswick, Perrin, etc. Je n'en ai jamais observé qu'un seul cas dans mes salles de dissection (février 1883) ; mais le muscle était relativement très développé. Il était cylindrique et mesurait 10 centimètres de longueur. Il s'insérait en haut, en partie sur une bandelette aponévrotique qui le séparait du court péronier latéral, en partie sur une bandelette analogue qui le séparait en arrière du fléchisseur propre du gros orteil. De là, ses faisceaux d'origine se portaient verticalement en bas et constituaient un corps charnu de 7 à 8 millimètres d'épaisseur, qui donnait naissance, par sa face profonde, à un tendon de 3 millimètres de largeur seulement. Ce tendon, continuant le trajet descendant du muscle, venait se fixer à la partie la plus postérieure du tubercule externe du calcaneum.

C'est à tort, selon moi, que Kurnow considère ce muscle péronéo-calcanéen externe comme l'homologue probable au membre inférieur du muscle radio-carpien de Fano. Une pareille assimilation est en désaccord avec les idées généralement admises aujourd'hui sur les homologues des membres. Le faisceau homologue du radio-carpien devrait s'insérer en effet non pas sur le péroné, mais sur le tibia, qui est l'homologue du radius ; il devrait, d'autre part, se différencier dans la masse des fléchisseurs et non dans la masse des extenseurs ; et enfin, il devrait se terminer sur

le bord interne du pied et non sur le bord externe. Nous savons que le radio-carpien de Fano a pour homologue au membre inférieur un muscle constant, le tibial postérieur.

4° *variété : faisceau péronéo-malléolaire.* — Je donne ce nom à un faisceau, observé par Budge, qui se portait de la masse des péroniers à la malléole, et dont le faisceau signalé par Macalister et inséré sur le ligament latéral externe n'est vraisemblablement qu'une variété. Le faisceau péronéo-malléolaire appartient encore aux formes incomplètes des *peroneus quinti digiti*; moins développé que la variété précédente, il ne descend pas même sur le tarse.

Résumons en terminant les principaux faits énoncés dans cet article. Il existe dans la série des *mammifères*, indépendamment du long péronier latéral et du court péronier latéral, un troisième muscle qui se détache également de la face externe du péroné et se rend au 5° orteil. Il se rattache au système du court extenseur ou pédieux qui, comme on le sait, limite sa zone d'action aux quatre doigts internes. Très développé chez quelques *carnassiers*, notamment chez l'*ours* et chez le *chat*, le muscle péronier du 5° orteil se retrouve encore à l'état indépendant chez la plupart des *singes inférieurs*; chez quelques *anthropoïdes*, le *chimpanzé* par exemple, il se fusionne presque en totalité avec les autres péroniers et n'y existe plus que sous la forme d'un tendon plus ou moins grêle, qui se rend bien au 5° orteil, mais ne s'individualise qu'au métatarse, en se détachant du tendon du court péronier latéral. Chez quelques autres, le *gorille* et l'*orang*, ce tendon minuscule, dernier vestige du péronier du 5° orteil, n'existe même plus dans la majorité des cas : le péronier du 5° orteil tout entier a été absorbé par les autres péroniers. Il en est de même chez l'homme, où le muscle disparu ne se reproduit qu'à l'état d'anomalie et sous les formes les plus diverses : tantôt ce sont des faisceaux soit distincts, soit plus ou moins fusionnés dans la masse des péroniers qui se détachent de la masse du péroné et se rendent, sans interruption aucune, jusqu'aux phalanges du doigt externe (*formes complètes*); tantôt ce sont des faisceaux plus courts (*formes incomplètes*) qui se détachent bien du péroné, comme dans le cas précédent, mais qui s'arrêtent en route, dans leur trajet vers le 5° orteil, et se terminent sur l'un des os avec lesquels ils se trouvent en rapport; le cinquième métatarsien, le cuboïde, le calcanéum et même la malléole péronière. Il est naturel de penser, pour expliquer ces derniers faits, que dans le développement ontogénique, la portion

inférieure du péronier du 5^e orteil ne s'est pas différenciée ou organisée, ou bien a pris, sur l'un des points ci-dessus indiqués de la région tarso-métatarsienne, une insertion insolite, entraînant après elle la disparition de toute la portion du muscle (corps charnu ou tendon) située au delà. Telle est, en effet, la destinée de certains muscles en passant d'un groupe zoologique à l'autre; nous les voyons ou s'y reproduire avec tous leurs caractères, ou disparaître entièrement, absorbés en totalité dans ces derniers cas par les masses musculaires voisines; et entre ces deux termes extrêmes du développement organique, différenciation complète et disparition absolue, nous retrouvons toutes les formes intermédiaires.

M. TESTUT est élu membre correspondant.

M CORNIL fait une communication sur la division des noyaux. Les préparations proviennent d'un chancre enlevé par M. MAURIAC, il y a trois ans, et conservé dans l'alcool. Sur ces préparations, on peut voir que, dans ces phénomènes de division, la matière chromatique se dispose dans les noyaux de différentes façons. Elle forme des amas situés soit aux extrémités d'un seul diamètre, soit aux extrémités de deux diamètres perpendiculaires; ces amas peuvent être isolés ou reliés les uns aux autres. Au lieu de s'accumuler aux pôles, la matière chromatique se dispose de façons plus ou moins irrégulières: en cercle complet, en cercle incomplet; en petits grains réunis par des pédicules, en panier d'osier, etc.

Le Secrétaire,

CHARRIN.



MAI

—

Séance du 2 mai 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

- 1. Sur une nouvelle variété de périfolliculites suppurées, conglomérées en placards ;** par le D^r H. LÉLOIR, chef de clinique de la Faculté de Paris (1).

J'ai l'honneur de présenter à la Société les moulages faits par Baretta et les préparations anatomiques d'une forme particulière de périfolliculites conglomérées de la peau. Déjà, en février 1881, j'avais eu occasion d'en présenter un cas à cette même Société ; mais la nature précise de l'affection m'avait échappé à cette époque. Malgré mes recherches bibliographiques, je n'ai trouvé nulle part une description de cette lésion cutanée. Il s'agit ici d'une forme spéciale et non encore étudiée de périfolliculites et folliculites conglomérées en placards, selon la remarque de M. le professeur Fournier, de MM. les D^{rs} Besnier, Lailler, Vidal, Doyon, Quinquaud, et de MM. les D^{rs} Balzer, Barthélemy, Bruchet, qui ont pu voir dans le service de M. le professeur Fournier plusieurs malades atteints de cette affection, avec les moulages et pièces qui s'y rapportent (2).

DESCRIPTION CLINIQUE. — L'affection est caractérisée à sa *période d'état*, par une saillie de la peau, assez comparable à un macaron un peu aplati, d'un diamètre variant de celui d'une pièce de 20 centimes à celui d'une pièce de

(1) Le résultat de mes recherches sera publié prochainement *in extenso* avec figures à l'appui, dans les *Annales de Dermatologie* (n. de juillet 1884).

(2) Je remercie M. le professeur Fournier, MM. les D^{rs} Besnier, Lailler, Quinquaud et Vidal, de l'extrême obligeance qu'ils ont mise à faciliter mes recherches et à m'aider de leurs conseils.

5 fr. et même plus. Cette lésion est, en général, ronde, rarement légèrement ovale ; ses bords sont nettement limités et ne présentent pas de contours géographiques (selon l'heureuse expression de mon maître M. le professeur Fournier). Cette espèce de bouton est saillant de 2 à 5 millimètres et même davantage, sa teinte est d'un rouge vineux. Si l'on examine attentivement la surface de cette lésion, surtout après avoir enlevé au moyen de cataplasmes ou de bains les croûtelles et le pus concret qui la recouvrent plus ou moins, on y constate des particularités majeures au point de vue du diagnostic. Cette surface est parfois lisse, parfois au contraire elle est légèrement mamelonnée. Elle est criblée comme une véritable écumoire par une grande quantité de petits orifices grands environ comme une grosse pointe d'épingle et quelquefois comme une petite tête d'épingle. Un grand nombre de ces petits pertuis sont obstrués par un bouchon jaunâtre de pus concret. Il est tout à fait exceptionnel d'y constater la présence de poils quelconques.

Outre ces orifices, il existe dans la peau de nombreux points jaunes gros comme des grains de sable ou des grains de mil, qui deviendront à leur tour de petits pertuis lorsque l'épiderme mortifié qui les recouvre aura été enlevé d'une façon ou d'une autre, ou chassé par le pus sous-jacent, quand on comprime la partie malade. Quand la lésion est un peu plus avancée, on constate parfois la présence d'orifices un peu plus grands, gros environ comme des têtes d'épingles et un peu ulcérés. Ces différents points correspondent évidemment à des orifices glandulaires ainsi que nous le verrons d'ailleurs nettement tout à l'heure. Si l'on comprime ces lésions, on fait sourdre par les orifices très nombreux une grande quantité de gouttelettes de pus tantôt franc, tantôt au contraire d'une sorte de liquide séreux.

Souvent aussi on fait sourdre, comme à travers un crible, ou mieux en pomme d'arrosoir, une grande quantité de petits boudins allongés, analogues à du vermicelle fin. Si l'on introduit une soie de cochon ou un fil d'argent dans ces petits pertuis, le petit stylet y pénètre de quelques millim. environ d'une façon perpendiculaire ou quelquefois oblique, mais jamais, au début tout au moins, on ne constate de décollement du derme au niveau des régions ambiantes.

Dans un stade plus avancé et dans certaines formes plus accentuées auxquelles je donnerais volontiers le nom de formes phlegmoneuses ou anthracoides, la saillie s'accroît,

le toucher permet quelquefois de percevoir à son niveau une sorte de sensation de fluctuation vague. Parfois alors il se produit, dans certains points, de légers décollements du derme, de petits clapiers purulents intra-cutanés, ainsi qu'on peut le constater en introduisant par les orifices souvent alors un peu élargis un mince stylet. En comprimant la surface malade, on peut quelquefois faire jaillir le pus au travers d'un ou deux orifices à une assez grande distance. Dans ces formes anthracoides, le pus est assez souvent légèrement sanieux. Dans certains cas, mais c'était de beaucoup l'exception dans les neuf faits dont je possède les observations, il existait, à une petite distance du grand placard, deux ou trois petites périfolliculites paraissant siéger autour des poils follets de la région (je n'ai observé ce fait que deux fois et encore ces petites pustulettes ne se sont-elles montrées, dans ces cas, qu'après l'application de cataplasmes).

Les poils sont sains. Lorsque l'on peut les examiner (ce qui est rare, car l'affection siège habituellement, là où il n'y a que quelques poils follets presque imperceptibles, et d'autre part, souvent, le processus de suppuration périfolliculaire a fait tomber les poils); on constate qu'ils ne sont pas engainés, qu'ils ne cassent pas, qu'ils ne sont pas friables et qu'ils s'enlèvent toujours entièrement et très facilement avec leur racine. Nous verrons tout à l'heure qu'ils ne contiennent pas de trycophyton.

Dans les faits que j'ai observés, les phénomènes subjectifs locaux étaient presque nuls; c'est à peine s'il existait une légère tension, un léger degré de chaleur au niveau de la partie malade. Les démangeaisons sont en général peu accentuées. Je n'ai jamais vu survenir de lymphangites ou d'adénites secondaires. Il n'y a pas de phénomènes généraux, pas de fièvre. En somme, la réaction locale est peu prononcée, torpide; la réaction générale est nulle.

J'ai observé cette affection: quatre fois à la face dorsale des mains, deux fois à la région antérieure du poignet, une fois à la face dorsale du pied; une fois je l'ai trouvée disséminée dans différents points du corps, mais en particulier au niveau des membres supérieurs et inférieurs; enfin je l'ai observée une fois à la face externe de la cuisse. Jamais je ne lui ai vu occuper les régions palmaire ou plantaire. Le plus souvent la lésion est unique; quelquefois il existe deux placards, plus rarement trois. Très exceptionnellement on en observe un plus grand nombre, une dizaine par exemple, comme dans l'observation que j'ai présentée en février 1881, à la Société anatomique, et qui fut

considérée un moment comme un cas de lymphadénie cutanée (ce cas a été vu en janvier 1881 par MM. Vulpian, Hardy, Besnier, Vidal).

ÉVOLUTION. — Cette affection débute rapidement, et en huit jours environ elle arrive à la période d'état. Alors elle se maintient à cette période d'état pendant 8 ou 15 jours environ, et si elle est convenablement traitée, on voit cette espèce de bouton s'affaïsser peu à peu et guérir en une douzaine de jours, parfois plus, parfois moins; cela dépend du volume de la lésion et de l'intensité des phénomènes observés. Dans un cas, l'affection mal soignée ayant duré six semaines sans arriver à la période de régression, j'ai vu survenir un état papillomateux peu accentué d'ailleurs de la surface du placard. Sous cet aspect, la lésion rappelait de très près, à un examen superficiel, les papillomes inflammatoires de Roser et de Weil. Il est probable même que ces papillomes inflammatoires ne sont souvent autre chose que des périfolliculites dégénérées. Mais un examen clinique minutieux, complété par un examen histologique sérieux, permettra toujours de constater facilement que la lésion primaire, majeure, siège au niveau des follicules et que l'état papillomateux de la surface du placard est secondaire à l'inflammation de la peau produite par cette périfolliculite.

Il n'y a pas d'eschares, pas de bourbillons, pas d'ulcérations. Le plus souvent cette affection guérit sans laisser de cicatrices, ou s'il y en a, celles-ci sont en tous cas très superficielles, minuscules, à peine visibles au bout de quelque temps. Il persiste souvent à la suite de la disparition du placard une teinte livide, violacée ou bistrée de la peau, durant quelquefois un temps assez long.

VARIÉTÉS. — La forme la plus fréquente et la plus caractéristique est celle que je viens de décrire. Comme variétés principales observées, je citerai : 1° celle où il se produit des clapiers purulents peu étendus en général avec sensation de fluctuation (*variété anthracôïde* ou *phlegmoneuse*). Sous cet aspect, l'affection simule d'assez près un anthrax torpide. Malgré cette apparence, lorsqu'elle est convenablement traitée, elle évolue presque aussi rapidement que la forme précédente; 2° une forme beaucoup plus rare est celle où la surface de la peau finit par prendre une apparence papillomateuse et simuler au premier abord un placard étalé de papillome enflammé. C'est la *variété papillomateuse* dont il a été question plus haut.

DIAGNOSTIC. — Les principales affections cutanées qui pourraient être confondues avec la lésion que nous venons d'étudier sont :

Le *sycosis parasitaire*, mais dans notre affection, les poils, ainsi que nous l'avons vu, sont absolument sains ; jamais l'examen histologique ne nous a permis de trouver la moindre trace de trichophyton ; jamais nous n'avons trouvé de pityriasis alba parasitaire, d'herpès circiné des régions ambiantes. Enfin, dans l'affection que nous avons décrite, l'évolution est beaucoup plus rapide que celle du *sycosis parasitaire*, et la guérison se fait en quelque sorte spontanément sous l'influence d'un simple traitement compressif ou émollient.

Le bouton de Biskra présente quelques analogies avec cette affection, mais la surface du bouton de Biskra est plus papillomateuse ; on n'y trouve pas cette multitude de petits orifices par où le pus sort en pomme d'arrosoir comme dans notre affection ; la lésion du bouton de Biskra est plutôt constituée par des tubercules pouvant s'ulcérer que par des périfolliculites suppurées. Son évolution est beaucoup plus lente, sa guérison beaucoup plus difficile ; il laisse à sa suite des cicatrices, et enfin on ne le trouve que chez des sujets qui ont habité certains pays.

D'après l'opinion de plusieurs chirurgiens distingués, certains *anthrax* torpides se rapprochent d'assez près, par quelques-uns de leurs phénomènes objectifs, des formes plus saillantes et phlegmoneuses de notre affection. Mais, dans l'*anthrax*, il existe toujours des bourbillons, un sphacèle plus ou moins étendu de la peau, une induration inflammatoire notable de la base, de l'empâtement périphérique, une réaction locale et quelquefois générale plus ou moins accentuée. L'*anthrax* laisse toujours à sa suite des cicatrices. Tous ces signes manquent dans l'affection que nous venons d'étudier et, d'ailleurs, un examen attentif de la lésion permettra toujours, si l'on se rappelle les différents signes que nous avons décrits plus haut, de poser le diagnostic différentiel. Je ne serais pas étonné même que certaines affections cutanées considérées comme des *anthrax* torpides, ne soient autre chose que les formes un peu saillantes et phlegmoneuses de l'affection que nous venons d'étudier. J'ai vu commettre deux fois cette confusion par d'excellents chirurgiens qui, d'ailleurs, n'ont pas tardé à modifier leur opinion.

La *lymphadénie cutanée*, le *granuloma fungoides* ou *sarcomatodes* des allemands pourrait, à un examen superficiel, être confondu avec cette affection. J'ai même vu un

cas où la confusion a été faite au début, pendant quelques jours, par un dermatologiste éminent. La connaissance exacte des caractères objectifs de notre lésion, l'évolution, enfin l'examen histologique permettront toujours de poser le diagnostic.

Sous le nom de *papillome cutané inflammatoire*, Roser (*Archiv. der Heilkunde* 1866) et G. Weil (*Vierteljahr. für Dermat. und Syph.* 1874), ont décrit une affection qui, au premier abord, pourrait peut-être, dans certains cas, être confondue avec celle-ci. Mais elle s'en distinguera par ce fait que, dans le papillome inflammatoire, l'affection siège entre les bases des papilles qui s'hypertrophient, se soudent ensuite souvent par leur sommet et restent isolées près de leur base, formant ainsi entre deux papilles voisines une espèce de pont sous lequel un stylet pénètre librement. Enfin l'examen histologique viendra toujours établir le diagnostic en montrant qu'il ne s'agit pas ici de périfolliculites.

Dans un fait qui nous a été communiqué par M. le Dr Besnier, un *épithélioma des glandes sudoripares*, siégeant au niveau de la partie inférieure de la cuisse, avait simulé d'assez près cette affection.

Plusieurs médecins de St-Louis, entre autres M. le Dr Besnier, avaient supposé que l'affection que je viens d'étudier était une variété de ces *hydrosadénites phlegmoneuses* qui ont été si bien décrites par M. le professeur Verneuil dans le creux axillaire : ils avaient pensé qu'il s'agissait ici d'une forme spéciale d'hydrosadénites conglomérées. Mais le début dans notre affection est superficiel pour ainsi dire ; ce n'est que secondairement que se font les abcès profonds, tandis que dans les hydrosadénites phlegmoneuses de Verneuil, l'abcès est d'emblée plus profond. Notre affection siège là où existent des follicules pilosébacés. Nous ne l'avons jamais rencontrée au niveau des régions palmaire ou plantaire. Enfin, l'examen histologique, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, vient trancher la question d'une façon définitive.

Dans une observation qui nous a été rapportée par M. le Dr Vidal, cette affection aurait présenté une assez grande analogie avec un *chancre infectant*.

Certains *eczémas localisés* accompagnés de pustulettes siégeant autour des poils follets du dos de la main, par exemple, se distingueront de cette affection par leur contour géographique, par l'absence des petits orifices que nous avons décrits minutieusement plus haut, par l'absence d'abcès dermiques et de périfolliculites phlegmoneuses, par

l'induration et l'inflammation bien moins profondes de la peau, par la teinte moins livide de la lésion, la présence de craquelures sous les crouâtes, l'écoulement d'un liquide caractéristique, les démangeaisons beaucoup plus vives, la longue durée de l'affection.

Quant au *sycosis non parasitaire*, il n'est décrit dans les auteurs qu'à la tête, au niveau des régions pourvues de gros poils (barbe, cuir chevelu, pubis) ; et, comme le disent très bien les docteurs Doyon et Besnier (Traduction de Kaposi, t. II, p. 32), on ne peut considérer comme de vrais sycosis les inflammations périfolliculaires du derme qui siègent là où il n'y a pas de vrais poils. Or, dans nos différents cas, l'affection siégeait en dehors des régions pilaires proprement dites, c'est-à-dire en dehors du cuir chevelu, de la barbe, des poils du pubis. Les sujets chez lesquels nous l'avons observée n'étaient pas des sujets velus, c'est-à-dire qu'ils présentaient à peine quelques poils follets des plus ténus dans les régions avoisinant les parties malades (Dos de la main, dos du pied, etc.). Il nous est donc difficile, en l'absence de description suffisante de sycosis non parasitaires des parties glabres, d'établir une comparaison entre celui-ci et l'affection que nous venons de décrire.

D'autre part, si cette affection, par son siège anatomique et quelques-uns de ses caractères cliniques semble devoir être rangé à côté du groupe si vague des kérion et des sycosis tels qu'ils sont décrits dans les auteurs, il est de toute nécessité d'en faire un type spécial, une forme absolument différente. Il est probable même que des travaux ultérieurs viendront encore accentuer cette distinction. En effet, cette distinction s'impose tellement au dermatologiste expérimenté, que jusqu'à ce jour où j'en ai déterminé le siège et la nature, plusieurs médecins de l'hôpital Saint-Louis supposaient qu'il s'agissait ici d'une hydrosadénite conglomérée des glandes sudoripares.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — J'ai pu étudier histologiquement un certain nombre de cas de cette affection sur des morceaux de peau recueillis sur le vivant et plongés aussitôt dans l'alcool absolu. Les morceaux de peau ainsi durcis ont été ensuite détaillés en coupes minces et colorés par le picro-carmin, la fuschine, le violet de méthyle. Cette lésion, ainsi que je le montrerai dans mon prochain mémoire des annales de dermatologie et ainsi que vous pouvez le constater d'ailleurs sur les préparations et dessins que je fais passer sous vos yeux, n'est autre chose qu'une périfolliculite conglomérée d'abord des follicules pileux contenant

les poils follets, puis des follicules pilo-sébacés en entier ; périfolliculite pouvant, dans certains cas, devenir profonde et phlegmoneuse.

La nature de cette affection nous échappe. Nous avons vu qu'elle n'est pas de nature trichophytique, qu'elle n'est pas secondaire à un eczéma. Certes, la folliculite pileaire et pilo-sébacée dont je vous montre ici des préparations et des dérivés, semble jouer un certain rôle dans la production de ces lésions, en constituant une sorte d'épine inflammatoire enchâssée dans le derme. Mais en somme des périfolliculites aussi prononcées s'expliquent difficilement par la présence seule de folliculites aussi peu accentuées. D'autre part, un grand nombre de folliculites bien plus notables (acné cornée, acné varioliforme) sont à peine suivies d'une réaction inflammatoire du derme ambiant ; jamais elles ne sont l'origine d'une périfolliculite suppurée secondaire. Il semble donc que l'on ne puisse considérer d'une façon absolue les lésions observées, comme des périfolliculites suppurées secondaires à des lésions du follicule pilo-sébacé. Il faut chercher autre chose.

Or, sur un grand nombre de coupes, j'ai pu constater les faits les plus inattendus que je vais maintenant exposer brièvement. (Je me borne d'ailleurs à cette simple exposition des faits, sans en tirer des conclusions, qui, actuellement, seraient incontestablement hâtives et peut-être exagérées, car de nouvelles recherches sont absolument nécessaires. Je les poursuis en ce moment). Au niveau des régions dermiques enflammées et infiltrées de cellules rondes, mais surtout au voisinage des follicules pilo-sébacés ou des glandes sudoripares, j'ai pu, à mon grand étonnement, constater les particularités suivantes :

A. Dans quelques coupes, il existait au niveau des régions moyennes du derme des cellules géantes. Ces cellules géantes, rares d'ailleurs, étaient isolées ou parfois réunies par groupes de deux ou trois.

B. Sur des préparations colorées légèrement par la fuchsine et lavées ensuite, ou sur des coupes colorées par le violet de méthyle et même sur des préparations colorées simplement par le picro-carmin, l'on peut constater qu'il existe dans le derme, au niveau des parties malades, des MICROBES en certaine abondance. Ceux-ci siègent surtout au voisinage des vaisseaux et en particulier au voisinage des follicules pilo-sébacés ou des glandes sudoripares. Mais on en trouve aussi de disséminés dans les régions avoisinantes du derme, interposés entre les cellules rondes qui l'infiltrant. Ils paraissent parfois suivre les fentes lymphatiques

du derme; dans certains cas on les trouve dans les conduits altérés des glandes sudoripares, ou immédiatement contre la gaine interne du follicule pileux altéré. Ce sont des micrococci bien nets, parfois isolés ou disséminés sous forme de points simples ou doubles, bien ronds, assez volumineux et parfois un peu inégaux comme volume. Ils présentent la plus grande analogie morphologique avec les microbes que nous avons obtenus en cultivant le sang des sujets atteints de ces variétés de périfolliculites. Ils se colorent bien par la fuchszine et le violet de méthyle, et semblent à peine colorés par l'acide picrique. En quelques points, ces micrococci réunis en groupes constituent de véritables petits amas zoogloïques formés par des microbes ronds, parfois en points doubles, peu tassés les uns contre les autres et plus petits au niveau des parties centrales de l'amas zoogloïque. Sous cette forme ils semblent souvent masqués et englobés par une sorte de substance gélatineuse. Il importait alors de savoir si ce microbe n'existait qu'au niveau des régions enflammées de la peau, ou s'il n'existait pas aussi dans le sang des sujets porteurs de cette affection. M. le professeur Duclaux a bien voulu me prêter son précieux concours dans des recherches aussi difficiles, et voici ce que nous avons pu constater (1).

Chez deux malades du service de M. le Prof. Fournier, précisément chez ceux où j'avais pu constater histologiquement la présence d'un micrococcus au niveau des parties malades, nous avons recueilli quelques gouttes de sang. Dans les deux cas, ces quelques gouttes de sang recueillies, à une assez grande distance du foyer inflammatoire, etensemencées aussitôt dans du bouillon de veau, ont, dès le lendemain de l'ensemencement, donné naissance à un microbe en points doubles, mobiles, et en amas zoogloïques. Ce micrococcus rappelle de très près, par ses caractères, d'après M. Duclaux, celui que ce savant a observé dans le bouton de Biskra. (Duclaux, sur le microbe du bouton de Biskra. *Acad. de médecine*, 10 juin 1884. Note présentée par le professeur Fournier).

J'ai inoculé avec le liquide de culture (2° et 3° culture) plusieurs lapins. Dans un premier cas, l'injection faite sous la peau du lapin n'a donné lieu qu'à une rougeur diffuse, disparue au bout de quelques jours. Dans un deuxième et

(1) Que M. le professeur Duclaux, lequel m'a si libéralement guidé dans mes recherches microbiques, reçoive ici l'expression de ma reconnaissance. Je remercie M. Farembach, préparateur de M. Duclaux, de son extrême obligeance.

troisième cas, l'inoculation faite sous la peau a produit chez les lapins, une parésie prononcée et persistante du train postérieur. Les animaux sont morts au bout de 8 jours. Ils présentaient à l'autopsie des lésions multiples et intéressantes qui seront décrites en détail ultérieurement. Le sang, l'urine, le liquide céphalo-rachidien de ces lapins renfermaient de nombreux microbes en points doubles, parfois en chaînettes mobiles, absolument semblables à ceux des liquides de culture. Dans un quatrième cas, un lapin inoculé dans la veine avec ce liquide de culture est mort au bout de 16 heures. Deux autres lapins, inoculés sous la peau avec du liquide de deuxième culture, ont présenté une gangrène cutanée localisée, analogue à celle produite par M. Duclaux, en inoculant du liquide de culture du clou de Biskra, mais moins accentuée à dose égale de liquide virulent. J'ai inoculé récemment deux lapins et quatre cobayes avec ce même liquide (3^e culture). Les lapins sont atteints en ce moment de parésie du train postérieur. Les cobayes ont présenté des phénomènes locaux des plus curieux que je relaterai dans mon prochain mémoire des *Annales de dermatologie*.

Enfin, nous avons, en ensemençant du bouillon de veau avec du sang recueilli au niveau de l'extrémité digitale d'un malade atteint de sycosis non parasitaire (non trichophytique), et fortement suppuré de la barbe (sycosis récent), obtenu une culture des plus riches. Le microbe ainsi obtenu était un micrococcus en tous points semblable à celui que nous avons observé dans les deux cas précédents : microbe mobile, en points doubles et en amas zoogléliques formant dépôt au fond du vase.

J'ai inoculé sous la peau avec une très petite quantité de ce liquide (2^e culture) : 1^o Un lapin, celui-ci, quelques heures après l'inoculation, présentait une parésie accentuée du train postérieur. Quelques jours après, j'ai constaté sous la peau, dans tout le côté inoculé deux petites tumeurs grosses comme des haricots, situées à une assez grande distance du foyer d'inoculation (aine) et roulant sous le doigt. Actuellement la parésie du train postérieur a notablement diminué et l'animal se porte beaucoup mieux. 2^o Une grosse truie, inoculée dans le tissu cellulaire sous-cutané avec une demi-seringue de Pravaz de liquide de culture, a présenté dès le lendemain, au niveau du point d'inoculation, une saillie rouge, phlegmoneuse, large comme la main, qui, au bout de quelques jours, a disparu complètement sans suppuration.

En résumé, dans deux de mes cas de périfolliculites

suppurées, et dans un cas de sycosis inflammatoire simple de la barbe, nous avons trouvé dans le sang des malades atteints de cette affection et bien portants en apparence, un micrococcus. Ce micrococcus existait non seulement dans le sang, au voisinage des parties malades, comme on aurait pu le supposer. En ensemençant une quantité suffisante de sang recueilli en des points très éloignés du foyer inflammatoire, nous avons encore rencontré le même microbe. Seulement le micrococcus paraissait exister en moins grande abondance dans la circulation générale que dans le sang recueilli non loin du foyer inflammatoire, comme semblerait l'indiquer la nécessité d'un ensemençement au moyen d'une plus grande quantité de sang. Il existait donc, comme l'ont montré les recherches et les cultures précédentes, dans le placard, dans les régions voisines du placard, et même (mais en moins grande abondance) dans la circulation générale des malades atteints de cette affection, un micrococcus, lequel, inoculé à des animaux, produit chez ceux-ci des accidents locaux ou généraux, plus ou moins graves et plus ou moins variés.

Mais, existe-t-il un rapport de cause à effet entre la présence de ce microbe, et l'apparition de ces périfolliculites suppurées ? Peut-on supposer que le virus, disséminé dans le sang, et tendant à être détruit dans ce milieu, s'élimine (en partie tout au moins) sous forme d'abcès cutanés (1).

Il serait bien téméraire, dans l'état actuel de nos connaissances, d'émettre une pareille opinion. Toutefois, s'il en était ainsi, si des recherches ultérieures venaient donner leur appoint à cette hypothèse, une lésion de sang par microbe pathogène expliquerait l'étiologie de ces

(1) Dans une série de recherches des plus intéressantes sur le Bouton de Biskra (recherches faites à propos d'un malade du service de M. le professeur Fournier) M. Duclaux (*loc. cit.*) a montré que, après l'injection du virus chez l'animal, on trouve encore le microbe dans le sang, quelques jours après l'inoculation. Puis l'ensemencement devient de moins en moins riche, et finalement, quand l'abcès cutané est formé, on ne trouverait plus de microbes dans le sang. (Ce qui pourrait être invoqué peut-être à l'appui de cette hypothèse, c'est dans un des cas précités de périfolliculites suppurées, cas où l'ensemencement avait donné pendant la période d'état de l'affection une culture des plus riches, avec quelques gouttes de sang seulement ; je n'ai pu obtenir que des cultures absolument stériles à la période de régression, en ensemençant au contraire mes bouillons de culture avec une assez grande quantité de sang.)

formes particulières de périfolliculites suppurées, et d'autres variétés encore. Le microbe contenu dans le sang tendant à s'éliminer, à quitter un milieu qui lui est défavorable, s'éliminerait en partie par la peau, et en particulier par les follicules pileux (comme cela s'observe pour la lèpre, l'érysipèle, etc. (Cornil, *Société médicale des hôpitaux*, 1884). Ainsi se produirait une périfolliculite aiguë suppurée (par élimination du poison au niveau des follicules cutanés), comparable à celle que l'on observe à la suite de l'absorption de certains médicaments (bromure de potassium, iodure de potassium, etc.). Ces périfolliculites se rapprocheraient donc, par leur pathogénie, de certains furoncles, de certains anthrax dont l'origine parasitaire semble des plus probables (Pasteur, Académie de médecine 1880), et des pustules, abcès dermiques, etc., consécutifs à certaines maladies infectieuses (variole, typhus, fièvre typhoïde, etc.). Elles ne seraient que la détermination locale d'un état général plus ou moins passager et passant inaperçu vu l'absence de réaction générale de l'organisme. La conception de la nature et de la pathogénie de ces périfolliculites (et de bien d'autres affections cutanées sans doute) serait ainsi entièrement changée et un champ des plus vastes serait ouvert aux recherches des dermatologistes.

Mais, je me laisse entraîner par la nouveauté du sujet, et l'observation de faits aussi inattendus. Assez d'hypothèses, et bornons-nous à la simple constatation des faits. Je ferai remarquer toutefois en terminant, et par comparaison, que ce microbe ne paraît pas exister dans le sang des sujets atteints de sycoosis *trycophytique*, enflammé dans le sang de malades atteints de syphilides tuberculo-ulcéreuses des régions velues. Dans quatre cas j'ai ensemencé du bouillon de veau stérilisé avec une assez grande quantité de sang (12 gouttes), recueilli au niveau de l'extrémité digitale de malades du service de M. le professeur Fournier, atteints de ces affections et les cultures ont été absolument stériles.

L'étiologie de cette affection nous échappe donc. Dans les différents cas où nous l'avons rencontrée, elle s'est produite chez des individus parfaitement bien portants et vigoureux. Je dois néanmoins signaler ce fait que, dans cinq cas, elle s'est rencontrée chez des individus qui maniaient des chevaux ou des bœufs. Mais, dans ces différents cas, les animaux, d'après le dire des malades tout au moins, étaient sains et nous avons vu que l'examen détaillé de cette affection, tant au point de vue clinique qu'au point de vue

anatomique, ne permet pas d'en faire une dermatomycose (trycophytique tout au moins). Mieux vaut donc dire que l'étiologie de cette affection nous est inconnue.

TRAITEMENT. Le traitement est des plus simples et purement local. Le plus souvent je me suis borné à comprimer les parties malades au moyen d'un pansement ouaté occlusif, à exprimer le pus une fois par jour au moyen de la pression digitale et à faire prendre alors au malade un bain local d'une demi-heure environ, dans de l'eau tiède très légèrement phéniquée. Dans les formes phlegmoneuses ou anthracoides de l'affection, on pourrait avoir recours aux applications émollientes. Mais le traitement précédent m'a toujours réussi même dans ces formes. Les incisions m'ont toujours paru absolument inutiles et je ne conseille pas de les employer. Il en est de même des scarifications. Si l'on était en présence d'une forme papillomateuse, forme d'ailleurs des plus rares et paraissant surtout dépendre de l'incurie du malade ou du médecin, on pourrait avoir recours au raclage des surfaces papillomateuses et à quelques attouchements légers avec de la teinture d'iode, mais aussitôt le résultat voulu obtenu on emploiera de nouveau uniquement le pansement ouaté compressif.

L'épilation est ici toujours inutile, contrairement au syccosis non parasitaire des régions pourvues de poils vrais. En effet, le poil follet dans notre affection, est presque éliminé dès le début, jamais à proprement parler il ne peut constituer une épine inflammatoire. Cette épine inflammatoire, si tant est qu'elle soit la cause déterminante de l'affection, provient uniquement des lésions du follicule pileux lui-même ou des follicules sébacés (1).

2. Obstruction intestinale. — Anus contre nature. — Mort au bout de trois semaines. — Volvulus causé par une bride péritonéale. — Inflammation chronique de l'intestin au niveau du bout supérieur de l'anse étranglée; par A. MARFAN, interne des hôpitaux.

Un homme de 76 ans, exerçant la profession de cordonnier, ne présentant aucun antécédent, héréditaire ou personnel, entre à la Pitié le 13 avril 1884 (service de M. AUDHOUI). Il raconte que, depuis quinze jours, il était

(1) J'ai eu simplement pour but dans ce mémoire de donner un aperçu rapide des particularités majeures de ces formes spéciales de périfolliculites suppurées, conglomérées en placards.

constipé, et qu'ayant pris de nombreux purgatifs, il avait rendu très peu de matières fécales. Le 8 avril, il fut pris d'une douleur très vive dans le bas-ventre et dans la région lombaire, avec ténésme rectal. Il se présente à la selle et, malgré tous ses efforts, il ne rend ni matière fécale, ni gaz. Puis il est pris de vomissements : ces vomissements sont d'abord alimentaires et deviennent fécaloïdes sur le soir. Le ventre se ballonne. Un médecin appelé croit sentir une tumeur au niveau du colon transverse sur la partie médiane. Il prescrit des purgatifs qui n'aboutissent à aucun résultat. Cet état reste le même jusqu'au jour de Pâques, 13 avril. On l'apporte en ce moment à l'hôpital.

On constate à son entrée tous les symptômes de l'obstruction intestinale : vomissements fécaloïdes, constipation absolue, algidité considérable : la douleur abdominale est très vive : elle siège au niveau du colon transverse, et en ce point on constate un œdème très net de la paroi abdominale. M. Kirrison, étant appelé à donner son avis sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale, déclare qu'il est prêt à faire un anus contre nature, mais il se refuse à faire la gastrotomie à cause de l'âge et de l'algidité du malade. Il pratique immédiatement un anus contre nature dans la fosse iliaque droite : il attire une anse intestinale qu'il unit aux téguements par quatorze points de suture.

Le cours des matières s'est alors rétabli : la température du malade est redevenue normale : tous les symptômes de l'obstruction intestinale disparaissent. Dans les jours qui ont suivi, malgré l'absence totale de symptômes abdominaux, le malade dépérit ; il refuse l'alimentation ; il se nourrit avec quelques gorgées de lait et de bouillon. On panse tous les matins son anus contre nature et, en enlevant le pansement de la veille, on le trouve souillé par des matières fécales liquides. Jamais le malade n'a rendu par l'anus des matières fécales ou des gaz. Enfin, le 1^{er} mai 1884, c'est-à-dire trois semaines après l'opération et un mois après le début des accidents, le malade a succombé à l'inanition qui résultait du refus de toute alimentation.

AUTOPSIE. — La cavité abdominale ayant été ouverte, on constate d'abord l'absence de lésions généralisées du péritoine : puis on suit l'intestin depuis le pylore jusqu'au cœcum. On arrive d'abord sur l'*anus contre nature* qui est isolé avec les téguements voisins. On constate : 1° qu'il est situé sur l'intestin grêle, à environ 50 centimètres de la valvule iléo-cœcale ; 2° que l'adhérence entre la muqueuse intestinale et le téguement est parfaite ; 3° qu'il n'existe pas

d'éperon sur l'intestin au niveau de l'orifice artificiel. En poursuivant l'examen et en continuant à suivre l'intestin au-dessous de l'anus contre nature, on tombe à une distance d'environ 20 centimètres de la valvule iléo-cœcale, sur une anse intestinale qui apparaît totalement noire. Cette coloration n'est nullement la coloration livide, feuille morte du sphacèle intestinal : c'est la coloration brune, foncée, due à l'infiltration sanguine des tuniques de l'intestin. Cette anse intestinale a ses deux bouts entre-croisés : quand on cherche à détruire cet entre-croisement, il se reproduit immédiatement ; si on maintient la pièce après avoir décroisé les deux bouts, on s'aperçoit qu'il existe, au niveau du point où les deux bouts se croisent, une adhérence péritonéale qui les unit intimement ; cette adhérence est extrêmement limitée ; elle a à peine un centimètre carré de surface : elle est formée de petites brides parallèles, dures, résistantes et par conséquent de formation assez ancienne. Sauf l'infiltration sanguine, l'anse étranglée ne présente pas de lésions : mais au niveau du bout supérieur, du bout pylorique de cette anse, on constate un épaississement très considérable des tuniques intestinales. Cet épaississement paraît dû à une inflammation chronique de l'intestin : il ne dépasse pas une zone de 2 centimètres et demi et le milieu de cette zone correspond à l'adhérence péritonéale dont il a été question plus haut. Au niveau de ce point épaissi, la muqueuse ne présente pas d'altérations : elle paraît seulement un peu plus plissée et un peu plus adhérente. A l'œil nu, il est impossible de dire sur laquelle des tuniques intestinales porte l'épaississement de l'intestin à ce niveau.

Examen histologique de l'intestin au niveau de l'épaississement qui siège au bout pylorique de l'anse étranglée. Les lésions portent sur toutes les tuniques de l'intestin. La muqueuse paraît presque détruite sur les préparations (on se rappelle qu'à l'œil nu, la muqueuse paraissait intacte) : on voit çà et là des fragments de villosités et des glandes. Il est probable qu'on puisse attribuer ce fait à ce que les préparations ont été faites tardivement et à ce que, pendant vingt-quatre heures, la pièce n'a été mise dans aucun liquide conservateur. Pas d'épaississement notable dans la région de la muqueuse.

Dans les points où cette tunique est conservée, on observe des vaisseaux dilatés et de petits amas de globules rouges irréguliers (foyers hémorrhagiques). La couche sous-muqueuse, un peu épaissie, présente des vaisseaux dilatés, de petits foyers hémorrhagiques et enfin des bandelettes

fibreuse colorée en rose. Par places, petits amas de cellules embryonnaires.

Les deux tuniques musculaires sont à peu près intactes, sauf de petits foyers hémorragiques. Elles ne sont pas épaissies. La couche sous-séreuse est celle sur laquelle porte principalement l'épaississement.

Elle a, à elle seule, une épaisseur presque égale à celle du reste de l'intestin. Cette couche est constituée principalement par du tissu adipeux que limitent incomplètement, du côté de la tunique musculaire, quelques bandelettes fibreuses. Elle renferme de nombreux foyers hémorragiques : quelques-uns de ces foyers sont, pour ainsi dire, enkystés par des bandelettes fibreuses : d'autres se rencontrent au milieu d'amas de cellules embryonnaires.

En résumé, l'épaississement porte un peu sur la couche sous-muqueuse et beaucoup sur la couche sous-séreuse, et les lésions constatées sont de deux ordres : 1^o lésions vasculaires (vaisseaux dilatés et foyers hémorragiques) qui doivent être rapprochées de celles qui s'observent dans l'étranglement des hernies ; 2^o lésions du tissu conjonctif qui consistent dans une transformation fibreuse de ce tissu. Ces lésions se montrent sous forme de bandelettes séparées : elles sont certainement anciennes.

RÉFLEXIONS. — A propos de cette observation, j'attirerai l'attention sur deux points :

1^o Pendant la vie du malade, on a supposé que la cause de l'obstruction intestinale était une tumeur du côlon transverse ; on s'appuyait pour cela sur deux données : d'abord le médecin qui avait vu le malade au début avait cru sentir une tumeur à ce niveau ; en second lieu, c'est justement en ce point qu'à l'entrée du malade on a constaté de l'œdème de la paroi abdominale.

Or, l'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un volvulus causé par une bride péritonéale et siégeant sur l'intestin grêle dans la fosse iliaque droite, non loin de la valvule iléo-cœcale. Ce fait montre une fois de plus combien est difficile le diagnostic du siège et de la nature de l'obstacle dans l'obstruction intestinale.

2^o L'autopsie a montré au niveau du point où s'est produit l'étranglement : (a) une bride péritonéale unissant intimement les deux bouts croisés de l'anse étranglée, (b) un épaississement inflammatoire de l'intestin au niveau du bout pylorique de cette anse étranglée. Ces deux lésions

ont des caractères tels qu'il est impossible, malgré leur peu d'étendue, [de ne pas admettre qu'elles ont une origine ancienne et certainement antérieure à la production de l'étranglement. Elles ont été très probablement productrices de l'étranglement. Mais par quel mécanisme ces lésions ont-elles produit l'étranglement? C'est là une question à laquelle il est assez difficile de répondre; on pourrait cependant admettre que l'étranglement s'est produit par la série des phénomènes suivants. D'abord, le rétrécissement causé par l'épaississement du bout pylorique de l'anse étranglée, bien que très incomplet, a pu être un obstacle au libre cours des matières fécales. En outre, la pression l'un sur l'autre des deux bouts croisés et attirés par la bride péritonéale, a dû, de son côté, gêner la marche des fèces. Peut-être, à un moment donné, ces deux causes se sont-elles ajoutées et combinées de telle sorte que l'obstruction complète s'est produite.

3. Grossesse extra-utérine remontant probablement à 5 ans. — Mort dans la cachexie après 5 mois de souffrances. Autopsie; par MONNIER.

La nommée Bèche, âgée de 44 ans, blanchisseuse, est entrée le 24 mars 1884, à l'hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers, lit n° 40 (service de M. PÉAN).

C'est une femme d'une parfaite santé habituelle, mère de cinq enfants. A l'âge de 39 ans, il y a cinq ans, après une année d'aménorrhée complète, mais sans troubles abdominaux, elle voit ses règles revenir, et, pendant l'une de ces périodes menstruelles, elle fut prise de douleurs dans le ventre et dut rester quatre semaines au lit avec des phénomènes de péritonite qui se calmèrent, mais une douleur abdominale persista, et on constata à cette époque une tumeur que l'on crut être fibreuse. En novembre 1883, les règles ne parurent pas, et subitement elle éprouva de vives douleurs dans le ventre, et des symptômes péritonéaux en même temps que du ténésme vésical. Elle rendit à cette époque de petits morceaux d'os, et le Dr Larrivée l'ayant touchée, trouva dans le vagin un fragment osseux fort aigu. Peu à peu, la malade maigrit, se cachectisa et, finalement, vint mourir dans le service le 29 mars.

Pendant la vie, on avait noté, entre autres signes curieux, une crépitation osseuse au niveau de l'hypogastre.

AUTOPSIE pratiquée 24 heures après la mort. — Il n'y a

rien à noter du côté de l'appareil cardio-pulmonaire, excepté quelques adhérences au poumon gauche.

Le foie est volumineux, friable, et semble en dégénérescence amyloïde; il en est de même des reins. Tout l'intérêt de l'observation porte sur l'appareil génito-urinaire. Nous incisons, couche par couche, la paroi abdominale jusqu'à 3 ou 4 centimètres de l'ombilic. A ce niveau, le bord inférieur de l'épiploon adhère lui-même à la tumeur; mais, en le refoulant de 5 à 6 centimètres au-dessus, afin de découvrir la masse intestinale, on voit alors que les circonvolutions les plus inférieures de l'intestin adhèrent également au sommet de la tumeur et même, qu'en un point la paroi intestinale est profondément altérée; à gauche et à droite, une traînée de pus a suivi le gros intestin jusqu'au voisinage des reins. C'est à peine, cependant, si le péritoine est congestionné; c'est que sans doute le pus, formé lentement autour de la tumeur, a fusé lentement aussi dans la grande cavité péritonéale.

Nous décollons sans trop de peine la tumeur, y compris le rectum et la vessie, excepté au niveau de la symphyse, et en deux traits de scie, mobilisant l'arcade pubienne, nous obtenons la pièce dans toute son intégrité. Nous trouvons, d'avant en arrière, une tumeur, l'utérus et le rectum. La tumeur a le volume d'une grosse tête de fœtus; sur ses flancs courent les vaisseaux hypogastriques et les urètres.

Une incision sur sa face antérieure permet d'apercevoir une cavité dont la paroi a 3 ou 4 millimètres et dont le contenu est formé d'os, et d'un magma composé de pus et de débris charnus désorganisés: il s'agit d'un fœtus. On reconnaît sans peine au niveau de l'incision un pariétal, et c'était lui qui donnait cette crépitation pendant la vie. A côté, un tibia avec son péroné, dépourvu de l'épiphyse cartilagineuse inférieure, est parfaitement reconnaissable. Le tibia a 4 centimètres et demi de long; et si nous le comparons avec le tibia d'un enfant de six mois environ que nous avons sous les yeux, nous trouvons qu'il a 1 centimètre et demi de moins. C'est donc probablement un fœtus de quatre mois.

En arrière de la tumeur, accolé à sa paroi postérieure, apparaît l'utérus et ses annexes indemnes, hormis la trompe gauche, dont on voit seulement le ligament hypertrophié, ayant le volume d'une grosse plume de corbeau. Ce ligament monte vers le sommet de la tumeur, où il se termine, et vraisemblablement c'est la trompe qui forme le kyste où s'est développé le fœtus. Quant au rectum, il n'a-

dhère à la tumeur qu'à son origine; il n'est pas altéré, du reste, mais remarquablement grêle.

La vessie est plus difficile à trouver, car elle est très atrophiée; on y arrive par un des uretères, et on la trouve derrière la symphise, au-dessous de la tumeur. Une incision latérale fait voir que sa paroi postérieure a disparu, et l'extrémité de nombreux petits os font saillie dans sa cavité, presque nulle du reste. Certains sont même recouverts de concrétions calcaires, ce qui explique cette sensation de calcul vésical sentie par le cathétérisme.

4. Ulcérations trachéales après la trachéotomie; par BATAILLE, interne provisoire des hôpitaux.

OBS. I. — Andrien, Emma, 2 ans, entre le 15 avril 1884 à l'hôpital Trousseau (service de M. d'HEILLY, pavillon Bretonneau). Cette enfant, prise il y a huit jours d'une angine reconnue diphtérique, présente depuis deux jours une dyspnée croissante, et la nuit précédente elle a éprouvé deux accès de suffocation.

A l'entrée, on constate des fausses membranes sur les amygdales, un tirage sternal très prononcé; une toux éteinte et surtout un état asphyxique déjà avancé, de sorte que la trachéotomie est pratiquée immédiatement. L'opération est accompagnée du rejet de quelques fausses membranes et suivie d'un soulagement remarquable. Les jours suivants, l'amélioration continue, l'enfant cesse de rejeter des fausses membranes, et l'on ne trouve plus, le 24, d'exsudat diphtérique sur ses amygdales; l'urine n'est pas albumineuse.

25 avril. En nettoyant la canule, on voit qu'elle est noircie.

26 avril. Le voile du palais est paralysé, la plaie prend un mauvais aspect et devient fétide. La face est pâle, la respiration est un peu accélérée et l'auscultation révèle quelques râles.

27 avril. L'affaiblissement augmente peu à peu. La canule extérieure et la canule intérieure sont complètement noires. La mort a lieu le soir, c'est-à-dire le douzième jour après l'opération.

AUTOPSIE. — On a trouvé le larynx débarrassé des fausses membranes; mais sur la paroi antérieure de la trachée existe une ulcération profonde, commençant immédiatement à l'angle inférieur de l'incision et ayant détruit non seulement la muqueuse, mais en outre cinq anneaux dans

leur tiers antérieur. Ainsi, l'anneau le plus rapproché de l'incision manque sur une longueur de 3 millimètres environ et la perte de substance, pour les suivants, va en augmentant jusqu'au cinquième, qui présente la destruction la plus étendue, c'est-à-dire de 6 millimètres environ. Audessous de cet anneau, la muqueuse est intacte. Il est facile de s'assurer que la moitié inférieure de cette ulcération correspond au point où portait l'extrémité de la canule et que le tronc artériel brachio-céphalique passe au-devant. Les poumons sont seulement congestionnés.

Obs. II. — Verdun, Léon, 21 mois, entre dans le même service le 25 avril 1884. Depuis huit jours, il a une angine diphtérique, et depuis vingt-quatre, sa respiration est devenue pénible; en outre, il a eu quelques accès de suffocation. Au moment où il est apporté à l'hôpital, on constate des fausses membranes sur les amygdales, qui sont tuméfiées; le tirage est tel, que la trachéotomie est immédiatement pratiquée. L'opération ne produit aucun soulagement, le tirage continue, l'enfant asphyxie, puis meurt le lendemain soir, vingt-six heures après l'opération.

A l'AUTOPSIE, on trouve des fausses membranes sur la muqueuse du larynx; la trachée présente une ulcération sur sa paroi antérieure, mais il existe un espace de près d'un centimètre entre l'angle inférieur de l'incision et cette ulcération, où la muqueuse est intacte. L'ulcération comprend une étendue d'un demi-centimètre en hauteur, la muqueuse est détruite et deux cerceaux sont mis à nu dans leur tiers antérieur; c'est à l'endroit où se trouvait la canule, et en avant, passe le tronc artériel brachio-céphalique. Les poumons sont le siège de quelques noyaux de broncho-pneumonie.

Obs. III. — Basset, Alexandrine, 13 mois, entre le 26 avril dans le même service. Cette enfant, d'une apparence assez chétive, est malade depuis quatre jours; il y a vingt-quatre heures que sa respiration est devenue bruyante et fréquente; en outre, elle a éprouvé plusieurs accès de suffocation. L'opération, devenue nécessaire à cause du tirage sternal que l'enfant présente, est pratiquée quelques heures après l'entrée à l'hôpital. Elle est suivie d'un peu de soulagement; mais le lendemain, le voile du palais devient paralysé; on entend un certain gargouillement dans la canule; la respiration est fréquente.

30 avril. La canule commence à se noircir, l'enfant peut rester quelques heures sans canule.

1^{er} mai. Après une certaine amélioration, la dyspnée reprend et l'affaiblissement est grave. La mort a lieu le lendemain, c'est-à-dire six jours après la trachéotomie.

AUTOPSIE. — Il y a des fausses membranes dans le larynx et quelques-unes dans la trachée. L'incision due à l'opération comprend cinq anneaux; au-dessous, sur la paroi antérieure de la trachée, la paroi est intacte sur une étendue de près d'un centimètre; mais à partir du troisième anneau qui suit l'incision, la muqueuse offre trois petites ulcérations transversales, longues de 4 ou 5 millimètres, situées l'une au-dessus de l'autre. Ces ulcérations comprennent la portion de la muqueuse qui recouvrait l'anneau sous-jacent, ainsi mis à nu. Il y a donc trois anneaux dépouillés de muqueuse, et entre chacune de ces ulcérations, c'est-à-dire dans l'intervalle dépourvu de cerceaux cartilagineux, la paroi est absolument intacte. Le poumon gauche est le siège de nombreux noyaux de broncho-pneumonie dans son tiers inférieur.

OBS. IV. — Thiébault, Julien, 23 mois, entre dans le même service le 29 avril 1884. Cet enfant, atteint d'angine diphthérique depuis trois jours, est apporté à l'hôpital avec un tirage considérable et dans un état général désespéré. La trachéotomie est faite quelques heures après; l'enfant expulse quelques fausses membranes; le soulagement est peu marqué.

1^{er} mai. Il y a toujours de l'exsudat dans la gorge, pas d'albuminurie et peu d'engorgement ganglionnaire; la dyspnée semble un peu diminuée.

2 mai. L'enfant est pris de diarrhée; il est très agité, respire fréquemment; la canule est un peu sèche et noire.

3 mai. Mort.

AUTOPSIE. — Les poumons sont le siège de nombreux noyaux disséminés de broncho-pneumonie. Les fausses membranes du larynx et de la trachée sont assez abondantes. A un centimètre environ de l'angle inférieur de l'incision, qui comprend sept anneaux, existe une ulcération profonde, située à la paroi antérieure de la trachée. Le cerceau cartilagineux situé à ce niveau est détruit sur une longueur de 2 millimètres, mais les deux extrémités ainsi séparées par l'ulcération étaient repliées sur elles-mêmes au moment de l'ouverture de la trachée à l'autopsie, de sorte que l'espace où manquait le cartilage paraissait plus considérable. Le cartilage situé plus bas est dénudé sur une très petite étendue. Plus bas encore, l'anneau est également un peu dénudé, et entre les cerceaux, la mu-

queueuse présente des portions saines. Ces différentes ulcérations correspondent à l'extrémité de la canule; c'est la plus inférieure qui est située immédiatement en arrière du tronc artériel brachio-céphalique.

RÉFLEXIONS. — Nous avons pu réunir ces quatre exemples d'ulcérations de la trachée dans l'espace d'une semaine, sans compter deux autres dont nous n'avons point conservé les pièces, mais qui étaient analogues à celles que nous avons présentées à la Société anatomique. Ajoutons que nous avons constaté dans le même mois deux cas de mort par hémorrhagie foudroyante à travers l'incision trachéale.

Le premier se rapporte à un enfant mort douze jours après l'opération. La trachée présentée à la Société médicale des hôpitaux par notre maître, M. d'Heilly, offrait une ulcération correspondant à l'extrémité inférieure de la canule; au fond existait un petit pertuis sur lequel on pouvait faire pénétrer un stylet dans le tronc brachio-céphalique.

Quant à l'autre enfant qui est mort absolument dans les mêmes conditions, n'ayant pu faire l'autopsie, nous ne pouvons affirmer qu'il y ait eu également communication de la trachée avec le tronc brachio-céphalique.

Au total, à l'hôpital Trousseau, pendant le mois d'avril, sur 33 autopsies d'enfants atteints de diphtérie et qui ont été trachéotomisés, nous avons trouvé six cas d'ulcération de la trachée dont un offrait une communication avec le tronc artériel brachio-céphalique.

D'après ces faits recueillis en un temps aussi restreint, il est impossible de dire si les ulcérations de la trachée, après la trachéotomie, sont habituellement aussi fréquentes; toutefois nous ferons remarquer que ce nombre se rapproche de la proportion donnée par M. Roger dans son mémoire de 1859. Cet auteur dit, en effet, que les ulcérations de la trachée se rencontrent à peu près dans un cinquième des cas. Les causes de cet accident nous paraissent tenir à l'action de la canule, et comme causes accessoires, il y a lieu de noter le mauvais état général, la broncho-pneumonie. Quant à la nature particulière de l'épidémie, nous ne croyons pas qu'elle ait quelque influence puisque nos observations se rapportent à des faits constatés à un moment où la diphtérie n'avait pas une gravité particulière.

Les ulcérations que nous avons rencontrées sont profondes, elles correspondent à l'extrémité inférieure de la canule et ont leur siège à la paroi antérieure de la trachée, à l'endroit où le tronc artériel brachio-céphalique est immédiatement appliqué sur elle. Pendant la vie des enfants dont nous rapportons les observations, nous n'avons noté rien de particulier pouvant faire supposer la présence de l'ulcération trachéale ; on a dit que la canule devenait noire surtout à sa partie inférieure, mais ce signe se rencontre chez presque tous les enfants qui meurent après la trachéotomie. Nous n'avons pas non plus noté de douleur localisée au cou, ni d'expulsion de mucosités sanguinolentes. Ces ulcérations sont tout à fait analogues à celles rapportées par M. Roger et par M. Barthez en 1859. Mais les observations de ces auteurs remontent à une époque où l'on employait des canules différentes des canules actuelles. Ainsi elles auraient une courbure en quart de cercle et l'extrémité inférieure n'était pas coupée en biseau aux dépens de la paroi antérieure, changement dû à M. Barthez.

C'est à la suite des ulcérations signalées par ces auteurs que l'on a modifié les canules. Celles que l'on emploie actuellement sont doubles et à pavillon mobile. Depuis leur emploi on n'a pas noté d'ulcérations trachéales, de sorte qu'on pourrait croire que, dans ces modifications apportées à leur construction, on a trouvé le remède contre la production de ces ulcérations. Or, nous croyons que nos observations montrent que les canules actuelles ne mettent pas à l'abri de cet accident. Il est probable que ces ulcérations guérissent chez ceux qui survivent, mais guérissent-elles avec ou sans rétrécissement ? c'est ce que nous ne sommes pas en mesure de dire.

Séance du 9 mai 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

5. Note sur les altérations du tissu élastique dans le xanthélasma; par P. BALZER, chef du laboratoire d'histologie à l'hôpital Saint-Louis.

En 1882, nous avons démontré, dans la *Revue mensuelle (Recherches sur la dégénérescence granulo-graisseuse des maladies infectieuses)*, que la plupart des granulations considérées comme grasses ne présentent pas, en réalité, les réactions de la graisse. Nous avions notamment affirmé ce fait en ce qui concerne les granulations contenues dans les cellules du xanthélasma. En outre, nous fondant sur les réactions histo-chimiques d'une part, et d'autre part, sur la notion de maladie infectieuse qui semblait à cette époque devoir être appliquée au xanthélasma, nous avions admis que ces granulations devaient être considérées comme étant des microbes.

Cette opinion fut combattue à diverses reprises. Nous devons citer les travaux récents de MM. de Vincentiis et de Luca.

En France, M. Chambard publia d'abord un cas négatif, puis tout récemment une revue (*Ann. de Dermat.*, 1884), dans laquelle il rejetait de nouveau notre opinion après une discussion conçue en termes sympathiques, pour lesquels nous devons tout d'abord le remercier. Enfin, M. Hanot a présenté dernièrement à la *Société de biologie* un cas de xanthélasma dans lequel il n'avait pu constater l'existence des microbes, en appliquant les diverses méthodes de coloration aujourd'hui en usage.

Nous avons dû, en présence de ces faits négatifs, reprendre l'étude du xanthélasma, et sans insister aujourd'hui sur des considérations qui seront développées dans un travail plus étendu qui paraîtra dans les *Archives de physiologie*, nous devons déclarer tout d'abord que notre opinion primitive sur la nature parasitaire du xanthélasma ne nous paraît pas suffisamment établie: s'il y a des microbes dans le xanthélasma, il faut, selon toute vraisemblance, les chercher ailleurs que dans les granulations contenues dans les

cellules xanthélasmiques, lesquelles, ainsi que nous le verrons, sont d'une nature toute différente. Cela dit, nous relaterons brièvement l'observation qui a servi de point de départ à ces recherches nouvelles.

OBSERVATION. — Guillem..., maçon, âgé de 49 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis au mois d'octobre 1882 (service des Baraques), atteint d'une phtisie pulmonaire au troisième degré. Il présentait sur toute la surface du corps de nombreuses plaques de xanthélasma, abondantes surtout sur le ventre, au cou, sur les membres au niveau des plis de flexion. Ces plaques étaient très irrégulièrement distribuées et d'étendue très variable, depuis moins d'un millimètre carré, jusqu'à plus d'un centimètre carré environ. La face du malade était jaune, mais il n'y avait pas d'ictère réel, ni aux conjonctives, ni dans les urines, et le malade affirme qu'il n'a jamais eu de jaunisse. Il dit aussi qu'il a toujours vu ces plaques jaunes sur son corps depuis son enfance. Atteint de diarrhée incoercible, le malade succomba le 29 novembre, à huit heures du soir.

A l'autopsie, on trouve les poumons farcis de tubercules ramollis ou fibreux, avec adhérences nombreuses et épaissies; cavernes aux deux sommets. Le foie est gras, les reins un peu sclérosés.

Les altérations les plus intéressantes s'observent du côté du cœur : l'oreillette droite présente à sa face interne une coloration blanc jaunâtre dans presque toute son étendue, sans épaississement bien appréciable de l'endocarde. Cette altération se voit surtout dans les points les plus sailants, à la surface des piliers, par exemple, et presque sans solution de continuité. La même altération se montre en plaques dans d'autres points de l'endocarde, dans le ventricule droit et dans le ventricule gauche, sur les gros piliers et sur les colonnes charnues, mais s'accompagnant en ces points d'épaississement et de rétraction de l'endocarde.

Examen histologique. — Les coupes de la peau et du cœur ont été faites après durcissement dans l'alcool absolu; la coloration a été faite à l'aide du picro-carminate et de la glycérine picritée. D'autres coupes ont été colorées par l'éosine à l'alcool et examinées dans la potasse à 40 0/0 ou à 10 0/0. C'est cette méthode qui nous a donné les meilleurs résultats.

A un faible grossissement, on voit que les plaques ou noyaux de xanthélasma occupent la partie superficielle

moyenne ou profonde de la peau. Le plus souvent, elles sont superficielles, mais n'arrivant pas toutefois au contact immédiat de l'épiderme. Le picro-carminate leur donne une teinte jaune verdâtre, l'éosine une coloration rouge plus foncée que celle des éléments voisins. Leur direction habituelle est parallèle à la surface de la peau. Elles sont constituées par du tissu conjonctif fibreux et du tissu élastique offrant des altérations remarquables évoluant habituellement de la manière suivante : hypertrophie, peut-être avec hyperplasie, bourgeonnement, fendillement, segmentation transversale et, enfin, désagrégation terminale et réduction de la fibre élastique en petits cubes ou petits grains. La substance élastique, ainsi désagrégée, forme souvent des masses appendues en forme de choux-fleurs aux fibres élastiques hypertrophiées. Souvent ces débris de substance élastique sont assez altérés pour que l'acide picrique ou l'éosine les colore difficilement. Dans ce cas, très particulier à ce point de vue, les masses xanthélasmiqes situées entre les tubercules fibreux sont constituées presque exclusivement par cette substance élastique désagrégée ; il y a très peu de cellules xanthélasmiqes et très peu de graisse. La désagrégation de la substance élastique atteint aussi les fibres des parois vasculaires et jusqu'aux appareils élastiques des points et des glandes sudoripares.

Dans l'endocarde, les altérations reproduisent exactement celles que nous venons de décrire dans la peau. Elles siègent dans les parties les plus profondes, au voisinage des fibres musculaires. Elles présentent le plus souvent une continuité et une étendue remarquables. Elles pénètrent aussi dans le myocarde, dans les espaces conjonctifs interfasciculaires, où l'on voit un certain nombre de cellules xanthélasmiqes.

Que deviennent les grains élastiques résultant de la désagrégation des fibres ? Nous croyons qu'ils passent dans les cellules du tissu conjonctif. En effet, les granulations contenues dans les cellules dites xanthélasmiqes offrent absolument les réactions de la substance élastique, en présence de l'acide picrique ou de l'éosine. Mais pour étudier cette question intéressante, nous avons dû recourir à l'examen de cas dans lesquels les cellules xanthélasmiqes fussent plus nombreuses. Nous avons repris à ce point de vue l'étude du cas que nous avons publié en 1882. Nous avons pu observer l'absence presque complète de fibres élastiques saines dans les nodules de xanthélasma et à leur périphé-

rie, les réactions caractéristiques des grains élastiques contenus dans les cellules, et enfin, sur beaucoup de points, les altérations des fibres élastiques que nous voyons devenir monilliformes et se segmenter en grains. Le protoplasma des cellules s'empare de ces grains, et c'est ainsi que se trouve constituée cette apparence si singulière qui a trompé les auteurs et qui nous avait fait croire à la présence des microbes.

Grâce à l'obligeance de M. Hanot, nous avons pu vérifier une fois de plus l'exactitude de cette manière de voir, en étudiant le cas qu'il a présenté récemment à la *Société de biologie*. Dans cette observation, de même que dans celle que nous avons autrefois recueillie pour M. Besnier (*Ann. de Dermat.*, 1882), nous n'avons pas constaté l'hypertrophie des fibres élastiques précédant la segmentation. Ces deux cas offraient une marche rapide, et c'est là qu'il faut chercher, croyons-nous, les raisons de cette évolution différente.

Ces altérations du tissu élastique offrent dans le xanthélasma un intérêt spécial, en ce qu'elles nous rendent compte de l'une des particularités les plus curieuses de cette singulière affection, la cellule xanthélasmiq. Il est manifeste pour nous, après l'étude de ces trois cas, que les lésions du tissu élastique ont une importance très grande, qu'elles peuvent même l'emporter sur les autres altérations dégénératives, comme par exemple dans le cas de Guillemin, et devenir dès lors presque caractéristiques. Ces altérations sont évidemment du même ordre que celles qui se passent dans certaines inflammations des vaisseaux (Ranvier), dans certaines pneumonies (Cornil), dans les tumeurs, dans l'atrophie sénile de la peau (Leloir) et d'une manière générale dans toutes les lésions qui peuvent intéresser un organe riche en tissu élastique. Dans la tuberculose pulmonaire, dans les gommes de la peau (Balzer), dans l'athérome surtout, ces altérations des fibres élastiques s'observent aussi, et il est probable que les granulations élastiques passent aussi dans les cellules. Toutefois, jusqu'à présent, nous n'avons pas réussi, en ce qui concerne la gomme et le tubercule notamment, à constater nettement le fait, probablement parce que la destruction des fibres élastiques est plus complète et que les grains élastiques perdent leur réaction spéciale.

Nous avons laissé volontairement de côté, dans cet exposé, la dégénérescence graisseuse et les altérations vasculaires. Celles-ci ont la plus haute importance au point de vue pathogénique. Nous avons cru pouvoir expliquer

leur production par l'action des microbes. Mais l'existence de ceux-ci ne nous paraissant plus démontrée, il reste à rechercher quelle est la cause déterminante de cette singulière affection. C'est alors seulement qu'on pourra se rendre compte de la signification du xanthélasma. Nous ne savons s'il faut le classer avec les tumeurs, ou s'il faut le considérer, avec M. Chambard, comme une hyperplasie inflammatoire s'accompagnant d'un processus régressif.

6. Kyste hydatique préculisé du foie ; présentée par M. E. VALUDE, interne des hôpitaux.

L..., femme, âgée de 64 ans, entre le 15 janvier 1884 pour un épithélioma de la vulve (service de M. le professeur VERNEUIL).

La tumeur, excessivement végétante, obturant presque complètement l'entrée du vagin, accompagnée d'adénopathie inguinale double, était absolument inopérable, on laissa donc la malade terminer ses jours dans une cachexie croissante qui se termina le 15 avril. Quelques jours avant sa mort, en examinant son ventre, on fut frappé de l'existence d'une tumeur occupant la région intermédiaire à l'épigastre et à l'hypochondre gauche. Cette tumeur manifestement intra-abdominale, était assez peu dure, grosse comme une tête de fœtus et soulevée par de gros battements. La malade étant placée sur le côté, la tumeur descendit dans l'hypochondre droit et les battements ne furent plus sentis à son niveau. Enfin, la percussion fit reconnaître la continuité de cette tumeur avec le foie.

Le diagnostic kyste hydatique du foie fut donc porté et l'autopsie justifia pleinement cette prévision. La tumeur dont il s'agit, grosse comme une tête de fœtus, à parois assez épaisses, contient une grande quantité de vésicules qui nagent dans un liquide purulent. Ce qu'il y a ici de particulier, c'est que la tumeur ici n'est point enlisée dans le tissu hépatique, qu'elle est rattachée au bord antérieur du foie au niveau du sillon qui donne passage à la veine ombilicale. Son pédicule assez court et large de trois doigts environ peut cependant la laisser flotter dans la cavité abdominale et c'est ce qui explique les symptômes particuliers par lesquels cette tumeur s'est présentée à notre exploration.

Ajoutons qu'un détail à noter dans cette autopsie est la présence chez notre malade de plusieurs tumeurs de nature différente et qui montrent bien l'action d'une véritable diathèse néoplasique, faisant naître sur chacun des tissus

de l'organisme un néoplasme propre à ce terrain particulier.

L'autopsie a fait découvrir, en outre, du kyste hydatique, qui peut bien être considéré comme une variété de néoplasme. *Dans le corps de l'utérus*, des corps fibreux interstitiels du volume d'une châtaigne au nombre de 4 ou 5. *Dans la muqueuse utérine*, deux polypes muqueux : l'un implanté au fond de la cavité de l'utérus et un autre plus petit dans le col. Enfin *aux grandes lèvres* existait l'épithélioma, très étendu, qui avait amené cette malade à l'hôpital et avait été la cause de sa mort.

7. Hématuries. — Hémorrhagies multiples. — Mort. — Calculs vésicaux ; par M. F. LEJARS, interne des hôpitaux.

D..., employé, âgé de 73 ans, entre le 31 mars 1884 dans le service de M. le Dr Théophile ANGER, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 1.

On ne peut obtenir de renseignements précis sur ses antécédents. Il dit n'avoir jamais fait de maladie : pas de rhumatisme, pas de maladies vénériennes. A toujours habité Paris. Revers de fortune. Situation précaire depuis longtemps. Dans le courant des deux dernières années, il rendit à plusieurs reprises, après des fatigues, du sang avec les urines. Quelques douleurs dans le bas-ventre et au périnée. Rarement des douleurs lombaires. Jamais de coliques néphrétiques. Quelques difficultés de la miction ; pas de rétention ; pas de douleur en urinant. Urines troubles (sans qu'on puisse rien savoir sur la nature du dépôt) ; pas de graviers. Il aurait eu plusieurs fois des taches purpuriques sur la peau. Il entre le 29 mars dans le service de M. Dujardin-Beaumetz. Rétention d'urine depuis la veille, survenue subitement, sans cause appréciable. On a essayé sans succès de le sonder en ville.

A l'entrée, on obtient par le cathétérisme de l'urine sanglante et fétide. Epistaxis (six dans l'espace de 48 heures). Pétéchies, ecchymoses. Langue sèche et noirâtre. Etat général alarmant. On croit à une hypertrophie prostatique compliquée d'hématurie et de cachexie urinaire, et on le fait passer en chirurgie le 1^{er} avril.

On constate alors : A la région hypogastrique, globe vésical remontant jusqu'à l'ombilic. Par le toucher rectal, lobe droit de la prostate très gros, dur, peu douloureux à la pression ; rien à gauche. Le cathétérisme est facile avec une sonde en caoutchouc de 5 millim. de diamètre. On retire un demi-bassin d'un liquide noirâtre, sanglant et fétide. Lavage boriqué. Très peu de douleur à la pression

au niveau de la région lombaire. Aucune trace d'œdème, ni aux paupières, ni aux membres supérieurs. Sur la peau on trouve : à la face antérieure du thorax, une dizaine de taches rouge sang, de la largeur d'une lentille, faisant une légère saillie et ne s'effaçant pas sous le doigt. A la partie antérieure de la région fessière droite, une plaque de quatre centimètres de diamètre, bleuâtre, ecchymotique. A la face antérieure du genou droit, autre plaque de la largeur d'une pièce de un franc. Autres plaques disséminées sur les deux jambes. A la région plantaire gauche, phlyctène remplie de sérosité sanguinolente.

La face présente un teint jaunâtre, avec plaques rouges aux pommettes. Langue sèche, rugueuse, brunâtre. Constipation absolue depuis dix jours. Hoquet depuis hier. Pas de vomissement.

Rien aux cœur ni aux poumons.

2 avril. La vessie est aussi distendue que la veille au soir. M. Anger pratique le cathétérisme avec une sonde métallique : ressaut prostatique. Urine toute semblable à celle d'hier. Injection chaude avec l'eau de Pin étendue. Sp. de perchlorure de fer.

Le soir, on répète le cathétérisme. Même urine. Injection d'eau de Pin.

3 avril. Cathétérisme et injection. Urine toujours sanglante. Le nombre des taches ecchymotiques a augmenté. Température 35°,4. Hoquet persistant. Un peu de subdélirium. Le matin, on donne un verre d'eau de Sedlitz ; selles liquides, sanglantes.

Le soir, température 35°,6. Même état.

4 avril. Vers minuit, le malade a fait appeler l'interne de garde pour pratiquer le cathétérisme. Urines sanglantes. Le matin, injection d'eau de Pin, comme les jours précédents. Température 35°,6. Même traitement.

Le soir, le malade est très affaibli. On obtient moins d'urine, elle-même moins colorée. Hoquet. Hypothermie constante à 36°. Un peu de subdélirium. Un peu de gêne respiratoire.

5 avril. Température 36°,8. Le cathétérisme ne donne que peu d'urine, toujours sanglante. L'état général s'est profondément aggravé.

Le soir, perte de connaissance complète. Stertor. Mort à neuf heures.

AUTOPSIE pratiquée le 7 avril, 36 heures après la mort.
— Encéphale, rien. — Poumons, un peu de congestion aux deux bases. — Cœur, volume ordinaire, rien aux val-

vules. — Foie, léger degré de dégénérescence graisseuse.
— Rats, normale.

L'examen de l'appareil urinaire donne les résultats suivants : Urètre. Normal dans toute sa longueur jusqu'à la prostate. Aucune trace de rétrécissement. La prostate, très volumineuse, soulève fortement la paroi postérieure du canal ; son lobe médian, échancré, proémine dans la vessie. Pas d'érosion de la muqueuse uréthrale à ce niveau. A la coupe, le tissu prostatique est blanchâtre et lardacé, sans trace d'abcès ni d'infiltration sanguine.

Dans la vessie, on trouve dix calculs, tous égaux à peu près, du volume d'une petite noix, sphéroïdaux, aplatis, à facettes régulières, légers à la main, de coloration grisâtre : on reconnaît des calculs phosphatiques. Pas de caillots. La surface interne de la vessie est parsemée de plaques violacées. C'est un type de vessie à cellules. La muqueuse figure un véritable réseau. Ses plus larges mailles donnent entrée dans des sortes de loges creusées aux dépens de la tunique musculaire et dont la paroi profonde s'avance très près de la tunique séreuse. Dans une de ces cavités, nous trouvons un onzième calcul, si bien encastré, qu'il ne s'énucle qu'avec peine. Plusieurs autres cellules contiennent des grains calcaires. Les urètres ne sont pas dilatés et ne contiennent pas de caillots.

Reins. — Volume normal. Se décortiquent facilement. Nombreuses taches ecchymotiques à leur surface. A la coupe, on trouve le bassinet rempli de pus ; quelques petits abcès dans l'épaisseur du tissu rénal, peu nombreux. Piquetés hémorrhagiques et infiltration sanguine au niveau des pyramides.

RÉFLEXIONS. — Nous relèverons dans cette observation l'existence de ces hématuries répétées, survenues brusquement, sans cause appréciable, accompagnées d'hémorrhagies par les muqueuses et de purpura, qui, étant donnée la difficulté de l'exploration dans ces conditions, étaient bien de nature à égarer le diagnostic.

S. Tuberculose rénale ; par M. F. LEJARS, interne des hôpitaux.

Aud..., grillageur, 23 ans, entre le 15 avril 1884, à l'hôpital Cochin (service de M. Th. ANGER). Peu de renseignements sur ses antécédents. A l'âge de trois ans, il eut une coxalgie gauche, depuis longtemps guérie : la cuisse est ankylosée en flexion et adduction. Il est toujours resté ma-

lingre et souffreteux ; il tousse depuis plusieurs années. Il y a un an et demi, blennorrhagie, qui ne se guérit pas complètement. La miction était restée normale jusque dans ces derniers temps. Quelques douleurs lombaires. Pas d'hématuries.

A l'entrée, les mictions sont fréquentes et pénibles. Douleurs lombaires. Urines purulentes, donnant lieu à un abondant dépôt floconneux. Cathétérisme extrêmement douloureux ; on n'arrive à passer qu'une fine bougie que l'on fixe à demeure. Le malade est dans un état d'émaciation extrême. Râles aux deux sommets ; un peu de souffle à droite. Diarrhée. Quelques vomissements. Les jours suivants, l'état général s'aggrave de plus en plus. Les vomissements devinrent verdâtres, sans aucun signe de péritonite. Toux persistante ; abondante expectoration hummu-laire. Mort dans la nuit du 4 au 5 mai.

AUTOPSIE pratiquée le 6 mai, 24 heures après la mort. Nous ne trouvons rien au cœur. Rien dans les méninges et l'encéphale, ni au péritoine. Foie et rate normaux. Poumons : tubercules ramollis aux deux sommets ; quelques cavernules à droite.

Le rein droit est réduit au tiers de son volume. Sa surface est bosselée et grisâtre. A la coupe, on constate que le parenchyme n'existe plus et qu'il est transformé en trois ou quatre larges vacuoles incomplètement séparées par des brides fibreuses ; l'une des loges, la plus inférieure, est remplie de matière caséeuse ; les autres contiennent un liquide dans lequel nagent des flocons de la même substance. Elles s'abouchent dans le bassinnet. Les parois de l'uretère présentent quelques grains tuberculeux. A gauche, le rein est, au contraire, volumineux ; capsule peu adhérente. Sur une coupe, foyers caséeux disséminés, à paroi festonnée et déchiquetée ; deux d'entre eux, situés aux extrémités de l'organe, ont le volume d'une grosse noix. De ce côté, l'uretère contient de nombreuses granulations confluentes, surtout à sa partie inférieure, et qui déterminent en ce point un léger degré de coarctation du conduit, dilaté au-dessus. Vessie petite et rétractée. Aucune trace de produits tuberculeux. La prostate a presque entièrement disparu. A sa place, on trouve deux ou trois petites loges d'où l'on fait sortir par la pression de la matière caséeuse, un petit abcès sous la portion membraneuse de l'urèthre. Dans le reste de son étendue, l'urèthre paraît absolument normal ; aucune trace de rétrécissement. Les deux testicules sont tuberculeux. A droite, les produits caseux sont localisés dans l'épididyme, envahi

presque en entier. A gauche, les noyaux existent à la fois dans l'épididyme et dans le corps même du testicule. Le membre inférieur gauche est considérablement atrophié. Les muscles de la cuisse n'existent plus qu'à l'état de vestiges. Les fessiers sont remplacés par une masse lardacée et graisseuse qui entoure l'articulation. La tête du fémur a complètement disparu ; ce qui reste du col est intimement soudé à l'os coxal ; il n'existe plus aucune trace d'interligne. Sur une coupe, le tissu spongieux de l'extrémité fémorale se continue en ligne directe avec celui de l'os iliaque. Ce dernier, notablement atrophié, est recouvert, sur plusieurs points, d'ostéophytes. On trouve à la face externe du grand trochanter, une petite caverne osseuse contenant un sequestre mobile.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru présenter un certain intérêt anatomique comme exemple de tuberculose rénale. Nous signalerons aussi, au point de vue clinique, l'existence de ce spasme douloureux de l'urèthre, qui a pu faire croire à un rétrécissement. Enfin l'ankylose de la hanche constitue un type de guérison par soudure osseuse d'une ancienne coxalgie.

9. Prolapsus complet de l'utérus. — 9 calculs volumineux dans la cystocèle concomitante. — Issue spontanée de 5 de ces calculs par une fistule vésico-vaginale ; extraction des quatre derniers par la cystotomie vaginale. Mort deux mois après de pyélo-néphrite ; par H. VARNIER, interne des hôpitaux.

P..., 68 ans, blanchisseuse, entre le 5 mars 1884, à l'hôpital Cochin, salle Cochin, n° 15 (service de M. THÉOPHILE ANGER). Cette femme a depuis 1869 un prolapsus de l'utérus pour lequel M. Després a pratiqué en 1875 la suture de la vulve. A cette époque, la tumeur saillante hors de la vulve avait le volume d'une tête d'enfant nouveau-né et s'accompagnait d'une cystocèle très prononcée, dans laquelle l'introduction d'une sonde exploratrice ne fit rien découvrir d'anormal (Després, *Chirurgie journalière*, p. 486). Par la suite, malgré l'usage d'une ceinture avec sous-cuisses et pelote périnéale, la suture faiblit et le prolapsus se reproduisit ; d'abord peu accentué, il augmenta brusquement trois ans après l'opération à l'occasion d'un violent effort, égalant alors le volume du poing. Depuis lors, il s'est progressivement accru et atteint actuellement le volume d'une

tête d'enfant. Depuis cinq ans, la malade a renoncé à sa profession. C'est à cette même époque qu'elle fait remonter les troubles de la miction, qui est devenue fréquente et douloureuse, surtout à la fin; les urines troubles renfermaient parfois des graviers. De temps à autre, élancements dans la tumeur. Mais jamais à aucune époque de son existence, P... n'a rien éprouvé qui, de près ou de loin, ressemblât à des coliques néphrétiques; elle ne présente aucun antécédent d'arthritisme soit héréditaire, soit personnel.

Il y a six mois, les élancements que la malade ressentait par moments dans sa tumeur vulvaire sont devenus plus intenses et plus persistants; pendant quelques jours, elle ne put rester ni assise, ni couchée, tant les douleurs étaient vives. Après cette crise survint un écoulement sanguin par les parties; il dura quinze jours et fut suivi d'une incontenance d'urine qui a persisté depuis. Il y a un mois, nouvelle crise de deux ou trois jours, à la suite de laquelle P... trouve un matin dans son lit, mêlé à de l'urine sanguinolente, un calcul du volume d'un œuf de poule qu'elle avait rendu spontanément pendant son sommeil. Le lendemain matin, au moment où elle se lève, un second calcul gros comme un marron tombe à terre à son grand étonnement, car elle n'avait éprouvé aucune douleur. Les jours suivants, expulsion spontanée, dans les mêmes conditions, de deux nouveaux calculs de même volume que le précédent. Effrayée, P... se décide à entrer à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Théophile Anger.

On constate l'existence d'une tumeur vulvaire du volume d'une tête d'enfant, piriforme, à grosse extrémité inférieure formée par l'utérus et le vagin descendus en totalité, des anses intestinales et une énorme cystocèle. La muqueuse vaginale qui recouvre la partie antérieure du prolapsus est rose, peu cutanisée, largement ulcérée par places et complètement dépourvue de plis; lisse, polie, elle est en un point soulevée et tendue par l'aspérité d'un calcul qu'on sent nettement par la palpation. Ce mode d'exploration fait percevoir un bruit particulier produit par la collision de plusieurs pierres contenues dans la cystocèle. La pression au niveau du point saillant mentionné est extrêmement douloureuse et la paroi vésico-vaginale est tellement amincie qu'une perforation semble imminente. A la partie supérieure et un peu latérale de la face antérieure du prolapsus, au niveau du pédicule, on découvre sur la paroi vaginale descendue, en soulevant légèrement les petites lèvres, une perforation vésico-vaginale, de la largeur d'une pièce de

1 frano superficiellement; elle se termine en entonnoir du côté de la vessie; ses bords sont irréguliers et déchiquetés. L'urine s'écoule constamment par cette fistule. C'est certainement par là que les calculs que nous présente la malade ont été expulsés; deux ou trois jours en effet après son entrée, nous avons pu assister au rejet par cette voie d'une cinquième pierre du volume d'une noix à la suite d'une crise très douloureuse. La portion antérieure du prolapsus formée par la cystocèle, comme le prouve le cathétérisme, est fluctuante en certains de ses points, très dure en d'autres. Une sonde introduite par la fistule et dirigée de haut en bas montre que ces parties dures correspondent à des calculs, très étroitement bridés dans le diverticule vertical et entre lesquels elle vient s'enclaver.

Il est impossible de recueillir une quantité suffisante d'urine pour se rendre compte de l'état de la vessie et du rein. L'état général n'est pas très bon, mais il n'existe pas de troubles digestifs; la malade accuse bien des douleurs lombaires, mais elles ne paraissent pas augmentées par la pression, et on les attribue au prolapsus.

Le 20 mars, on fait la cystotomie; une incision partant de la fistule divise de haut en bas la paroi vésico-vaginale sur la ligne médiane antérieure de la tumeur, dans l'étendue de 5 centimètres. On extrait assez péniblement par cette voie, à l'aide du doigt et des tenettes, quatre calculs du volume d'un œuf à celui d'un marron, triangulaires, à larges facettes. Injections boriquées. Vivement de la fistule, qu'on réunit en même temps que l'incision par de nombreux points de suture. Une sonde à demeure introduite par l'urèthre draine la cystocèle.

Les suites de l'opération furent simples; la plaie réunit dans toute son étendue par première intention, et au huitième jour, la guérison paraissait complète. Cependant, les urines purulentes exhalant une odeur infecte, les douleurs lombaires, l'amaigrissement et la déperdition des forces, la teinte terreuse, la fièvre vespérale indiquaient que le rein s'était ressenti de l'intervention chirurgicale. Le 25 avril, on trouve la malade comateuse et délirante, avec une dyspnée très marquée, sans signes physiques. Elle succombe le 26 avril.

AUTOPSIE. — Après avoir décollé dans toute son étendue le péritoine pelvien, nous avons scié les branches horizontales et descendantes du pubis et sorti le tout avec le prolapsus. Il est aisé de voir sur la pièce disséquée que nous présentons tous les caractères classiques du prolapsus uté-

rin. Nous n'y insisterons pas. Le bas-fond de la vessie et le trigone ont accompagné dans sa chute la paroi antérieure du vagin, de façon à constituer une poche diverticulaire qui paraît, à l'autopsie, peu volumineuse. Il semble qu'elle ne pourrait guère loger qu'une mandarine. A la partie postéro-supérieure de cette poche se trouve un orifice admettant la pulpe de l'index et qui conduit dans la portion de vessie restée derrière le pubis, conformément à la règle. Cette dernière portion restée en place a le volume d'une noix et ne renferme aucun corps étranger. La vessie présente donc dans son ensemble la forme d'une gourde. Les uretères s'ouvrent dans la cystocèle, qui est remplie d'urine purulente exhalant une odeur infecte.

Les parois vésicales sont épaissies, dures à la coupe. La muqueuse présente une coloration violacée très accentuée et quelques cellules au fond desquelles se rencontrent deux ou trois petits graviers blanchâtres. Pas d'ulcération; les uretères, épaissis et légèrement dilatés, sont remplis de pus.

Les reins sont un peu plus volumineux qu'à l'état normal; ils se décortiquent avec une grande facilité; leur surface est inégale, parsemée de mamelons à contours irréguliers et de points isolés ou confluent, formant un relief appréciable surtout au toucher, de coloration blanchâtre tranchant sur le fond violacé du reste de l'organe.

A la coupe, il s'écoule une énorme quantité d'urine purulente; le bassin et les calices dilatés sont remplis de pus, et on y rencontre çà et là quelques graviers du volume d'un pois à celui d'une tête d'épingle, s'écrasant aisément; ils sont blanchâtres, friables, et l'examen microscopique n'y révèle pas la présence de cristaux définis. La substance rénale est presque complètement détruite et infiltrée d'abcès milliaires. Les calculs sortis spontanément ou retirés par la taille que je mets sous les yeux de la Société sont au nombre de huit. Leur volume varie de celui d'un œuf à celui d'une noix; ils pèsent 40, 45, 35 et 51 gr. (calculs spontanément expulsés par la fistule); 50, 45 et 30 grammes (calculs retirés par la taille).

Leur couleur est blanc grisâtre; ils sont lourds et d'une consistance dure, bien que s'effritant assez facilement sous l'influence des chocs; l'ongle, en effet, ne les entame pas. Ils rendent un son clair à la percussion. Tous sont à facettes, et la plupart affectent la forme d'une pyramide triangulaire à angles émoussés; les facettes sont larges, un peu concaves, lisses et polies par places.

L'un des calculs ayant été solé, on peut voir sur la coupe

qu'il est formé de couches très régulièrement concentriques ; le centre est occupé par un noyau qu'on fait sauter facilement avec la pointe d'un scalpel, et qui se présente sous la forme d'un pois à contours très réguliers, dur, de coloration brune. Les couches dont est formé le calcul sont alternativement blanches et jaunâtres. La plus externe, épaisse d'un demi-centimètre, est absolument blanche.

L'analyse qualitative a donné les résultats suivants : Phosphate de chaux, carbonate de chaux, phosphate d'ammoniaque, urate d'ammoniaque, urate de soude (traces), matières organiques.

RÉFLEXIONS. — Cette observation m'a paru intéressante à publier aux différents points de vue suivants :

1° La présence de nombreux et volumineux calculs dans une cystocèle compliquant un prolapsus utérin. Bien que la stagnation de l'urine dans le diverticule vésical ainsi formé et la cystite qui en est la conséquence expliquent aisément la formation de calculs dans ces cas, cette complication a été jusqu'à présent considérée comme tout à fait exceptionnelle. Raoul Leroy (d'Etioilles), dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie, en 1864, n'avait pu, avec une bibliographie remontant à Ruysch et comprenant plusieurs faits anglais et italiens, en rassembler que dix cas. J'ai fait à ce sujet des recherches qui seront ultérieurement publiées et qui tendent à prouver que, bien que peu fréquente, la complication en question l'est cependant notablement plus qu'on ne l'a cru sur la foi du mémoire de Leroy. Nous avons pu, en effet, rassembler plus de trente observations, et notre bibliographie n'est pas épuisée. Les Bulletins de la Société anatomique en renferment trois : Durand-Fardel, 1838 ; Ferra, 1842 ; Raymond, 1875.

2° La production dans ces conditions d'une fistule vésico-vaginale est extrêmement rare. Sur nos trente observations, il n'y a que cet exemple. Il semble cependant que ce soit surtout dans ces cas qu'on rencontre les conditions essentielles requises par Cruveilhier pour la production de ces perforations, savoir : la fixité, l'immobilité et par conséquent la continuité de la pression exercée sur la même région de la vessie. Elles existaient certainement dans notre cas, où les calculs étaient tellement bridés dans la cysto-

cèle, qu'il était impossible de les déplacer et qu'ils soulevaient la paroi vésico-vaginale de telle sorte, qu'une nouvelle fistule était sur le point de se produire au moment où l'on est intervenu.

3° La plupart des auteurs qui ont parlé de la taille pratiquée sur les cystocèles ont insisté sur son innocuité. Or, on a fait jusqu'à présent cette opération six fois, deux fois les malades ont succombé plus ou moins rapidement à la pyélo-néphrite exaspérée par l'intervention chirurgicale. (Blandin, Soc. anat., 1842, Th. Anger.) Cette prétendue innocuité n'est donc que relative, et il faut ici comme ailleurs tenir compte de l'état des reins.

10. Constatation anatomique de la fièvre typhoïde dans la race noire.

Le Dr MAUREL, médecin de 1^{re} classe de la marine, présente à la Société la fin d'un iléon d'un homme de couleur foncée, offrant les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde et accompagne cette présentation des quelques considérations suivantes :

Il y a quelques années, la fièvre typhoïde était tellement rare dans la zone intertropicale, et notamment dans nos colonies des Antilles et de la Guyane, que de nombreux médecins en étaient arrivés à nier son existence non seulement chez les créoles, mais aussi chez les Européens arrivés depuis un certain temps que l'on pouvait fixer à un an environ. C'était là l'opinion, au moins pour ce qui concerne les créoles, de deux hommes dont nul ne mettra en doute le savoir ou le talent, Ruz de Lavison et Dutrouleau.

Mais depuis, la pathologie s'étant probablement modifiée, les cas irrécusables dans la population européenne sont devenus assez fréquents pour qu'il soit désormais impossible de les nier. La fièvre typhoïde présente non seulement des cas isolés dans nos garnisons, mais elle peut même sévir sur elle à l'état épidémique. Ce sont là des faits aujourd'hui hors de contestation.

Il est vrai que le plus souvent elle frappe les arrivants et que ses manifestations ne sont, d'une manière évidente, que la suite des épidémies régnant soit dans le port qui a fourni le contingent, soit à bord des transports. Il est encore vrai que lorsque les hommes atteints sont arrivés depuis plusieurs mois, un an, souvent le début de leur affection a coïncidé avec l'arrivée de nouveaux contingents, que

l'on peut considérer comme les agents de transmission. Mais même en éliminant les cas dans lesquels seule l'influence de la métropole doit être réellement incriminée, il n'en reste pas moins un certain nombre que l'on voit éclater sans que l'importation immédiate, récente, puisse être accusée et qui naissent véritablement sur place; c'est-à-dire que l'élément de la contagion n'en a pas moins été importé, mais à une époque plus lointaine, et qu'il faut remonter, pour trouver son origine, à des cas épidémiques ou isolés de beaucoup antérieurs.

La statistique suivante, tout en établissant l'existence de la fièvre typhoïde depuis plus de 25 ans dans notre colonie de la Guyane, va faire ressortir en même temps sa rareté avant 1871.

TABLEAU DES DÉCÈS PAR SUITE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CONSTATÉS
A L'HÔPITAL DE CAYENNE.

ANNÉES.	NOMBRE DE DÉCÈS.
1857.	6
1858.	3
1859.	4
1860.	2
1861.	2
1862.	1
1863.	2
1864.	0
1865.	2
1866.	0
1867.	0
1868.	6
1869.	6
Total	34

Comme on le voit, pendant cette période, seules trois années (1864, 1866 et 1867) se sont écoulées sans décès. Il faut donc en conclure que dès cette époque cette affection avait de la tendance à entrer dans le cadre pathologique ordinaire de cette colonie. Mais en même temps, si l'on tient compte qu'en ce moment l'effectif des troupes comprenait 1,500 hommes environ, et que celui de la transportation dépassait 5,000, on avouera que les 34 décès répartis sur 13 ans établissent bien sa rareté.

Si de la Guyane nous passons aux Antilles, l'existence de cette affection nous paraîtra encore évidente, et de plus, la statistique portant sur une époque plus récente, ses atteintes seront autrement fréquentes. C'est ce qui ressort du tableau

suisant, comprenant les statistiques de la Guadeloupe et d'une de ses dépendances, les Saintes :

	Basse-Terre.	Sainte-A-Pitre.	Camp-Jacob.	Saintes.	Total.
Effectif. .	300	200	300	200	1000
1875 . . .	14	5	11	3	33
1876 . . .	21	5	9	2	37
1877 . . .	26	4	14	2	46
1878 . . .	5	2	12	9	28
1879 . . .	16	»	22	4	39
1880 . . .	(1)	»	8	(1)	8
Totaux. .	82	16	76	17	191

C'est donc un total de 191 cas en 6 ans, soit 32 par an, et en adoptant une moyenne de décès de 25 0/0, 8 décès par an. Or, si l'on tient compte que l'effectif du personnel européen étant au moins 6 fois moins considérable à la Guadeloupe qu'à la Guyane, on verra quelle différence nous devons admettre dans le degré de fréquence.

Il me paraît donc résulter de ce qui précède, d'abord que l'existence de la fièvre typhoïde chez les Européens ne saurait être contestée, ce qui est maintenant admis par tout le monde; mais de plus, fait important, que sa fréquence va en augmentant.

Quelle est donc la cause de cette plus grande fréquence? Je la trouve surtout dans les changements que la nouvelle loi sur le recrutement a forcé d'apporter dans les époques de départ des garnisons.

Autrefois, lorsque la durée du service était de sept ans, l'instruction se faisait plus lentement et les recrues n'étaient envoyées dans les colonies que dans la deuxième ou la troisième année, c'est-à-dire à une époque où toutes avaient traversé une ou deux épidémies de fièvre typhoïde. Ceux qui y étaient le plus prédisposés avaient donc déjà été atteints. Aujourd'hui, au contraire, les hommes partent après quelques mois de séjour dans les casernes et sans que l'accoutumance à l'encombrement ait été établie. C'est là une première cause, et peut-être la plus importante.

Mais de plus, j'admets que chaque nouveau cas diminue sous ce rapport la salubrité de la caserne dans lequel il naît et de l'hôpital dans lequel il évolue. Lentement, mais fatalement nos casernes et nos hôpitaux deviendront un foyer d'infection. Il y a là un véritable danger que je crois bon de signaler. L'expérience a prouvé aujourd'hui que, favorisés par l'encombrement, quelques cas de fièvre ty-

phoïde importés peuvent se multiplier et revêtir le caractère épidémique. Il serait donc prudent, si l'on ne veut pas que cette affection non seulement n'appauvrisse nos garnisons, mais aussi s'acclimate dans les colonies d'une manière définitive et gagne un jour la population civile, d'apporter toute son attention à ce que les contingents qui partent ne contiennent aucun homme atteint, et quand il y en a, les isoler dès leur arrivée et prendre de rigoureuses mesures de désinfection. Sans cette précaution, je le répète, je suis convaincu que, malgré toutes les bonnes conditions d'aération qui luttent contre l'encombrement dans les pays chauds, la fièvre typhoïde finira par y créer de véritables foyers d'infection. Mais si l'existence de cette affection dans le personnel européen est maintenant hors de doute, il n'en est plus de même quand il s'agit de la population civile, les créoles blancs et surtout ceux de couleur. Ici le doute persiste et, je dirai plus, il est permis. Or, c'est à ce point de vue que la pièce que je présente est intéressante.

J'ai exercé deux ans à la Guyane et deux ans à la Guadeloupe, voyant une clientèle assez nombreuse, et par mes confrères civils ou de la marine, mis au courant des cas principaux de la leur. Or, je puis le dire, jusqu'à présent les cas d'iléo-typhus sont encore très rares. Le nom de fièvre typhoïde est bien prononcé quelquefois (j'ai même été appelé à voir quelques-uns de ces cas), mais bien souvent ces diagnostics ne supportaient pas un examen sérieux. Il arrive dans les pays chauds, comme dans les tempérés, que quelques affections paludéennes, amarilles ou autres, revêtent l'aspect typhoïde, mais ce n'est que bien rarement, je le répète, que les véritables caractères du typhus abdominal se trouvent réunis. C'est à ce point qu'après ces quatre années de pratique dans ces pays chauds, j'allais quitter la Guadeloupe sans avoir constaté un seul cas bien confirmé. Or, ce cas s'est offert à moi quelque temps avant de quitter le service, et c'est cette rareté et en même temps que la netteté de ses lésions qui m'ont engagé à vous le communiquer. Je donne ici l'observation et l'autopsie.

Le 19 avril 1883, à quatre heures du soir, entré à l'hôpital de la Basse-Terre un homme de couleur, malade chez lui depuis quinze jours environ et étant resté sans soins jusque-là. Il déclare à son arrivée avoir eu un accès de fièvre d'abord et ensuite une fièvre continue, qui a été accompagnée de céphalalgie, d'étourdissements et d'une faiblesse extrême. Il a habité la Pointe-à-Pitre pendant longtemps et a eu des accès de fièvre intermittente. Ce sont les

seuls renseignements que la gravité de son état lui permette de donner. Il est dans le décubitus dorsal et très abattu. Sa parole est embarrassée; la langue est sèche, tremblotante, et les dents couvertes de fuliginosités. Il n'existe pas de ballonnement, mais à la pression on trouve quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite. Pas de taches lenticulaires. La respiration est normale; le pouls, à 120, est petit et facilement dépressible. La température à 39° à quatre heures du soir. Pas de sommeil depuis longtemps. La rareté des fièvres typhoïdes chez les créoles et les accès paludéens antérieurs me font pencher pour une forme grave du paludisme, et je donne immédiatement 1 gramme de sulfate de quinine, puis dans la soirée 50 centigr. de bromhydrate de quinine à prendre en deux fois. Enfin, pour établir une dérivation du côté de l'intestin et dégager le cerveau, j'ajoute un lavement avec du séné et du sulfate de soude.

J'hésitais d'autant moins pour établir cette médication, qu'elle aurait pu être la même en admettant que je me fusse trouvé en présence d'une fièvre typhoïde, affection pour laquelle je conservais quelques doutes. A huit heures, le thermomètre était resté à 39°, mais le malade était devenu de plus en plus faible. A onze heures et demie, la température s'était élevée de 40,8. Enfin, vers les deux heures du matin, le malade entrait en agonie et la mort avait lieu à sept heures et demie du matin.

L'AUTOPSIE fut faite sept heures après la mort, par M. Henry, médecin de 2^e classe de la marine. Maigreur assez prononcée du sujet. Rigidité cadavérique. Pas de teinte anormale de la peau. Pas de ballonnement.

Thorax. Cette cavité est ouverte en enlevant le sternum et les fausses côtes. La partie antérieure des deux poumons a sa couleur habituelle; il n'existe aucune adhérence. Mais la partie postérieure présente une hypostase des plus marquées. Cette partie, coupée par morceaux, surnage et crépite. L'incision des poumons laisse échapper du sang noir, spumeux. Le cœur est plus petit qu'à l'état normal; il pèse 240 grammes, l'extrémité des gros vaisseaux comprise. Il paraît peu résistant sous le doigt et comme envahi par la dégénérescence graisseuse. Les cavités ne contiennent aucun caillot.

Abdomen. Cette cavité est ouverte par deux incisions, dont une, partant du sommet de l'appendice xyphoïde, atteint la symphyse pubienne, et dont l'autre coupe la première à angle droit en passant au niveau de l'ombilic. Il ne s'échappe, au moment de l'ouverture, que peu de gaz. La

masse intestinale est elle-même peu distendue; elle est plutôt affaissée. Pas de liquide dans le péritoine. L'estomac est modérément distendu. Le petit intestin paraît sain dans sa première partie; mais dans la seconde moitié, il présente une teinte rouge uniforme, et au toucher on sent qu'il offre des parties épaissies et indurées. On prend l'estomac et une partie du duodénum entre deux ligatures. L'estomac incisé le long de sa petite courbure contient quelques cuillerées de mucosité grisâtre. Une partie de sa muqueuse présente soit un piqueté serré et très fin, soit quelques arborisations. Sur d'autres points, et plus particulièrement sur sa face postérieure, la muqueuse est noirâtre et oedématiée. Le duodénum n'offre rien à noter.

On prend ensuite la fin du petit intestin et le commencement du gros intestin jusqu'à 15 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Lavée par un courant d'eau, cette portion du petit intestin présente de nombreuses plaques gaufrées, avec un commencement d'ulcération; elles dépassent le niveau de la muqueuse de plusieurs millimètres, et quelques-unes atteignent 5 à 6 centimètres de long sur 3 de large. La valvule iléo-cœcale est elle-même le siège d'un commencement d'ulcération, mais seulement du côté du petit intestin. La face qui regarde le gros intestin n'était qu'oedématiée. Ce caractère est commun à tout le gros intestin.

Enfin, plus de la moitié du petit intestin est prise et lavée par un courant d'eau, et l'on peut constater des plaques de Peyer à des degrés divers d'inflammation (plaques molles et dures) s'élevant jusqu'au commencement de l'iléon. De plus, les follicules clos sont très tuméfiés et donnent l'aspect d'une véritable éruption. Ce n'est que rarement que nous les avons vus ulcérés. Le mésentère est épais, oedématisé, et ses ganglions ramollis et tuméfiés. Les épiploons sont sains et peu chargés de graisse. Le pancréas se déchire facilement; il pèse 115 grammes. Le foie a sa couleur normale soit à l'extérieur, soit à la coupe. Il est ferme, sans dureté et présente une teinte rouge normale uniforme. La vésicule biliaire est modérément distendue. Le foie pèse 1,400 grammes. La rate est très volumineuse; elle pèse 860 grammes. Son enveloppe est un peu plus résistante qu'à l'état normal, mais son tissu est des plus friables et difficile à couper, tant la tendance à se déchirer est grande. Les reins sont sains. Le droit pèse 190 grammes; il a sa consistance normale; mais à la coupe, il paraît un peu congestionné; les deux tissus cortical et médullaire sont difficiles à différencier.

Des considérations qui précèdent, des chiffres que j'ai donnés et enfin de cette autopsie, il me paraît donc résulter : 1° Que la fièvre typhoïde, rare autrefois chez la population européenne et la garnison, tend à devenir de plus en plus fréquente ; 2° Qu'elle se montre sur cette partie de la population non seulement par périodes épidémiques, mais d'une manière constante, revêtant un véritable caractère d'endémicité ; 3° Qu'elle est encore très rare chez les créoles blancs et de couleur ; 4° Mais que cependant elle peut se montrer chez eux d'une manière irrécusable, ainsi que le prouve la pièce anatomique que je viens de présenter.

Séance du 30 mai 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

11. Écrasement par un tramway. — Section complète de la jambe gauche au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. — Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. — Amputation de cuisse. — Mort par choc traumatique ; par A. Broca, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

OBSERVATION. — Phister (Marius), âgé de trois ans et demi, entré le 26 mai 1884, salle Denonvilliers, n° 13 (hôpital Trousseau, service de M. Lannelongue). L'enfant avait été écrasé à 4 heures du soir par un tramway. On l'a apporté à l'hôpital à six heures et demie. La jambe gauche est complètement séparée du corps. La section du tibia passe au niveau de la tubérosité antérieure. Le péroné n'est pas fracturé ; sa tête, qui fait saillie à la surface, a été disjointe de son articulation tibiale. La plaie est fortement contuse, noire, machée. La peau forme en avant un lambeau qui descend au-dessous de la rotule. Il n'y a aucune hémorrhagie, et il ne s'en est pas fait au moment de

l'accident. Le blessé est pâle, dans un état semi-syncopal. Le pouls est très petit. La température n'est qu'à 36°.

M. Segond, appelé, arrive à 9 heures du soir. Espérant avoir assez de peau avec le lambeau antérieur qui existait, il se borne d'abord à désarticuler le plateau tibial après avoir relevé ce lambeau et il lie l'artère poplitée. Après régularisation des parties contuses, la peau se trouvant insuffisante, il veut amputer la cuisse au 1/3 inférieur et constate alors que l'épiphyse inférieure du fémur est mobile. La section du fémur est pratiquée à 7 centimètres environ au-dessus de l'articulation. La poplitée est liée de nouveau au-dessus du fil précédent. Un drain est mis dans chaque angle de la plaie et la suture est pratiquée. Le chloroforme a duré pendant quarante minutes. L'enfant s'est bien réveillé. Mais il était fort refroidi ; malgré des frictions, des boules d'eau chaude, il ne s'est pas réchauffé et est mort à 4 heures du matin.

La mobilité de l'extrémité inférieure du fémur tenait à un *décollement épiphysaire* de cette extrémité. La plaie est fort démonstrative, quoique ce ne soit pas un type parfait de décollement. Le cartilage conjugal est resté tout entier adhérent à l'épiphyse, mais au niveau du condyle interne il n'a pu s'affranchir de ses liens avec le tissu spongieux qui termine en bas la diaphyse. Le 1/3 interne est entièrement recouvert par du tissu osseux : là il y a fracture et cette fracture se prolonge sur la moitié antérieure du tiers moyen. Dans le reste, la surface du cartilage épiphysaire est à nu. Du côté du fragment supérieur on voit des lésions correspondantes ; en dehors on a une surface mamelonnée ; en dedans une surface irrégulière, déchiquetée, fracturée en un mot. Donc, il y a un mélange de décollement épiphysaire et de fracture proprement dite.

12. Sur une anomalie singulière des arcs vertébraux des vertèbres lombaires ; par A. BROCA, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Il y a quelques jours je pratiquais une coupe verticale médiane sur une vertèbre lombaire (probablement la première) et lorsque la section de l'apophyse épineuse fut terminée, je vis à ma grande surprise la lame latérale droite tomber à terre. Examinant alors la plaie de plus près, je me rendis compte qu'il ne s'agissait pas là d'une fracture accidentelle, mais d'un état anormal, certainement congénital et qui me parut bizarre.

La moitié gauche de la vertèbre est conformée d'une façon parfaitement régulière. Mais la moitié droite de l'arc est divisée en deux parties : l'antérieure attenante au corps vertébral, est constituée par le pédicule avec l'apophyse transverse et l'apophyse articulaire supérieure. En arrière et un peu au-dessous de cette dernière apophyse se trouve une cupule absolument lisse, ayant à peu près la forme d'une calotte sphérique. A cette cavité correspond une surface arrondie, également lisse, qui termine en avant la partie postérieure. Cette partie est formée par l'apophyse articulaire inférieure et par la lame, soudée au niveau de l'apophyse épineuse avec celle du côté opposé. Si on remet les diverses pièces en contact, on constate que la vertèbre a une configuration normale ; et un léger trait indique seul l'articulation anormale que je viens de signaler. Il va sans dire que je ne sais pas si des ligaments en assuraient la continuité : c'est une vertèbre isolée, dont je ne connais même pas la provenance.

Ainsi, dans cette vertèbre, il y a une anomalie unilatérale consistant en ce qu'une solution de continuité existe dans la masse latérale, entre l'apophyse articulaire supérieure et l'apophyse articulaire inférieure. La régularité des surfaces, des bords qui les limitent ne permet pas, en effet, de penser que c'est une solution de continuité accidentelle. J'eus alors l'idée de chercher, chez M. Trarion, parmi les ossements vieux entassés dans les ateliers. Je n'ai pas trouvé de vertèbre absolument semblable à la précédente, mais j'en ai rencontré plusieurs qui présentent avec elle des analogies évidentes. Elles sont au nombre de sept. Peu importe d'ailleurs ce nombre. Il ne peut servir en rien pour établir la fréquence relative de l'anomalie qui m'occupe en ce moment, car ces vertèbres proviennent de colonnes dépareillées et jetées pêle-mêle. Ici, l'anomalie est en somme la même, mais elle est bilatérale, si bien que la vertèbre se trouve divisée en deux. La partie antérieure comprend le corps d'où part de chaque côté le pédicule, avec l'apophyse transverse et l'apophyse articulaire supérieure. La partie postérieure, en forme de V, comprend les lames, soudées entre elles, et les apophyses articulaires inférieures. Mais, outre la bilatéralité, il y a encore une différence avec la première vertèbre que j'ai décrite. Il n'y a aucune régularité dans les surfaces par lesquelles les deux parties se correspondent. La portion antérieure présente derrière chaque apophyse articulaire supérieure des dépressions rugueuses ; le V postérieur se termine en avant par deux extrémités à tubercules irréguliers. Sur une de

ces vertèbres, provenant d'un squelette entier, je suis absolument sûr que ces deux morceaux répondent à la même vertèbre et l'irrégularité des surfaces est manifeste : il y a simple juxtaposition. Cette irrégularité pourrait faire penser que l'on est en présence d'une solution de continuité accidentelle : cela est incompatible avec la symétrie des lésions, avec leur similitude d'une vertèbre à l'autre. Un fait remarquable est que sur ces sept vertèbres, cinq sont incontestablement des cinquièmes lombaires ; la sixième est une des premières lombaires ; la septième, lombaire également, est douteuse comme rang. Donc, sur une quantité considérable de vertèbres quelconques que j'ai passées en revue, l'anomalie précédente n'a été trouvée qu'à la région lombaire, et généralement à la cinquième lombaire. Pourquoi cette prédilection ? Je l'ignore. Mais avant de chercher à en trouver la cause, il faudrait donner une explication de l'anomalie.

Or, si on étudie dans les auteurs classiques (Sappey, Kölliker) le développement des vertèbres, on y voit que chaque vertèbre se développe par trois points principaux : un médian forme le corps ; deux latéraux mis de chaque côté au sein des masses latérales se prolongent en arrière par les lames, en avant par les pédicules et se soudent d'abord entre eux au niveau de l'apophyse épineuse, puis avec le corps vertébral. Un arrêt de développement permet de comprendre, ce qui a lieu quelquefois, qu'il y ait solution de continuité soit au niveau de l'apophyse épineuse, soit au niveau des pédicules. Mais comment peut se produire une séparation au milieu des masses latérales ? Il y a certainement là une cause qui nous échappe et vu la constance de la lésion, vu son siège exclusif à la région lombaire, il est fort admissible qu'il y a dans cette région quelque particularité embryologique capable de donner la clef du problème. Il faudrait d'autre part étudier la question au point de vue de l'anatomie comparée. Dans quelques rapides recherches, je n'ai trouvé dans la série animale aucun fait analogue à celui que je viens de signaler.

13. Microbes de la gangrène gazeuse ; par M. CHARRIN, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique des préparations destinées à montrer le microbe de la gangrène gazeuse soit dans les muscles, soit dans l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, soit dans le péritoine. C'est à l'obli-

geance de M. Arloing que je dois d'avoir pu inoculer et étudier cet organisme au laboratoire de M. Bouchard dès le mois de novembre 1883. — Je dis que le microbe que je montre est bien celui de la gangrène gazeuse, car mes expériences ont eu pour point de départ de la sérosité sanguinolente desséchée d'un âne mort de gangrène gazeuse, inoculée par M. Arloing avec des produits humains. Or, on le sait, ce sont des liquides recueillis sur une série de malades atteints de gangrène gazeuse à l'Hôtel-Dieu, qui ont été l'origine des recherches de MM. Chauveau et Arloing; ces recherches les ont conduits à la découverte, à l'isolement d'une bactérie, dont l'inoculation reproduit la maladie sur un grand nombre d'animaux. Les expériences faites au laboratoire de M. Bouchard confirment absolument les faits annoncés par les expérimentateurs dont je parle. Il serait donc inutile de les répéter, et je ne veux insister que sur un point, c'est sur la forme ou plutôt sur les formes de ce micro-organisme.

Plus on se rapproche du point d'inoculation, plus les bactéries abondent dans les muscles, non dans les fibres elles-mêmes, mais dans le tissu cellulaire environnant. Ce sont des bâtonnets à peu près semblables les uns aux autres, mesurant de 5 à 7 μ sur 1 à 1/2 μ de long.

Si, au contraire, on recherche les microbes dans l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, on voit les formes varier considérablement. On trouve des bâtonnets différents et comme longueur et comme épaisseur, surtout comme longueur; quelques-uns présentent à leurs extrémités, à l'une de leurs extrémités, une spore soit arrondie, soit ovoïde. Au milieu des bacilles on retrouve des éléments sphériques et arrondis qui sont, sans aucun doute, les spores détachées des bacilles. Enfin, c'est dans la sérosité des séreuses, du péritoine en particulier, que l'on voit les bacilles atteindre leur plus grande longueur, longueur telle que quelques-uns mesurent 40 à 60 μ . Or, qu'on inocule la sérosité du péritoine, qu'on inocule un fragment de muscle, qu'on inocule quelques gouttes de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, on reproduira toujours la même maladie.

Il en résulte que ces microbes, différents de forme, présentent bien les diverses phases de l'évolution d'un seul et même micro-organisme. On peut donc, dans le corps d'un seul animal, étudier ces phases diverses de l'évolution comme on le fait ordinairement pour d'autres microbes dans des cultures successives. Ce fait-là n'est pas très habituel; nous connaissons beaucoup de microbes qui se

présentent, suivant les milieux, sous des états différents et l'exemple banal, c'est le charbon bactérien, se présentant à l'état de spore, de bactérie dans le corps de l'animal et de longs filaments dans les cultures. Mais si on inocule à un animal ce microbe sous ces trois formes, on aboutira, je crois, toujours à la bactérie.

Il est probable que ces différences de formes tiennent à des différences chimiques des milieux locaux d'un même organisme (le muscle n'a pas la même composition chimique que la sérosité du tissu cellulaire ou des séreuses, etc.). Cette différence influe non seulement sur la forme, mais aussi sur la virulence. Les organismes puisés dans l'œdème du tissu cellulaire sont plus virulents ; leurs formes successives indiquent d'ailleurs que ce milieu est éminemment favorable à leur évolution.

Ces faits-là nous montrent après mille autres que non seulement il faut telle ou telle espèce animale pour faire développer un microbe, mais que dans un même animal il faut tel ou tel milieu. Le sang, par exemple, ne permet pas ou difficilement le développement du microbe de la gangrène gazeuse. Il en est de même des surfaces où abonde l'oxygène.

En second lieu, ils nous montrent qu'il faut être très prudent dans les conclusions qui ne sont basées que sur la forme des microbes.

14. Travail sur la paralysie générale ; par le Dr EDUARDO DE PEREZ, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, candidature appuyée par M. Pozzi.

Je viens vous entretenir des détails relatifs à l'histoire de la *paralysie générale*, de cette maladie particulière au siècle actuel et qui augmente de jour en jour. Les aliénistes reconnaissent tous qu'elle est de plus en plus fréquente, quoique l'origine en soit de date récente ou remonte à peine à cinquante ans. Les capitales, les grands centres de populations sont ceux qui donnent le plus de malades aux statistiques. Et ces faits nouveaux pour la science européenne sont encore plus récents pour le continent sud-américain. L'apparition de la maladie à Buenos-Ayres remonte à peine à plus de vingt ans et, quoique plus fréquente aujourd'hui, elle l'est pourtant moins qu'en Europe. Cette fréquence s'explique parce qu'on connaît mieux la maladie et qu'on en établit mieux le diagnostic, ce qui permet de supposer que bien des cas qu'on rapportait à d'autres états pathologiques s'y rattachaient directement et parce que en-

core Buenos-Ayres a progressé d'une façon notable et même extraordinaire dans ce dernier quart de siècle, par l'augmentation de l'émigration européenne, attirée par le besoin du travail et du bien-être.

D'après cela, quelle sont les causes qui augmentent dans ce pays le nombre de paralytiques généraux ? Quel est encore le motif qui y rend cette maladie moins fréquente qu'en Europe ?

A la première question, la réponse est facile et j'attribue ces causes aux plus grands progrès de notre civilisation actuelle, ce qui est un trait se rencontrant toujours dans l'histoire de la paralysie générale partout où elle se développe, se montrant comme une ombre, la suivant toujours et pénétrant avec elle jusqu'au centre des populations. Buenos-Ayres compte actuellement environ 400,000 habitants, dont le quart est européen, ainsi, à mesure que la civilisation et la population se développent, la proportion des malades augmente, ainsi que le travail intellectuel d'où découlent des fatigues qui abiment le cerveau et le disposent souvent au développement de la maladie, assimilant Buenos-Ayres aux villes de l'Europe.

Il y a aussi une explication à la deuxième question. La vie intellectuelle est active comme les affaires dans ce pays et le crédit et même le capital n'étant pas restreints comme en Europe, celles-ci se font avec une grande facilité et, par conséquent, la subsistance est moins difficile et l'on jouit d'un bien-être commun nulle part ailleurs. La classe bourgeoise vit aisément, les logements sont salubres, la nourriture bonne, abondante et à bas prix ; la misère existe à peine et les travailleurs sont sûrs de trouver de quoi les occuper avantageusement. Ainsi cette tension d'esprit, ce malaise inhérent à une position précaire et finissant toujours par compromettre les fonctions cérébrales d'une manière lente et constante sont moins fréquents là-bas qu'en Europe. Quoi qu'il en soit, l'évolution que subit cette maladie est encore celle qu'on observe par exemple dans les asiles d'aliénés de France. Le délire expansif, le délire hypocondriaque et les poussées congestives s'observent toujours comme dans ces asiles, se montrant également tenaces à tout traitement. Ces circonstances sont telles qu'en gardant la symptomatologie habituelle, les paralytiques généraux sont moins nombreux dans les asiles de Buenos-Ayres qu'en Europe. La campagne fournit moins de malades que les villes et il m'a été possible de constater que ce sont surtout les européens qui sont les plus atteints.

Ces faits ne s'observent pas seulement à Buenos-Ayres,

on les trouve encore à Montevideo, ville de 250.000 habitants et à Rio-de-Janeiro où la population est de 600.000 et possédant une brillante civilisation qu'à l'étranger et même en Europe on supposait à peine. Je voudrais produire des chiffres, mais je ne le puis pas en ce moment, étant éloigné de mes notes. Sans doute il me sera donné un jour de les présenter à la Société.

M. Eduardo de PEREZ est nommé membre correspondant.

15. Ectopie du rein et du ligament large gauches. — Utérus unicolore ; par Georges DUBAR, aide du laboratoire des cliniques de la Charité.

Marie Rich..., âgée de 64 ans, ménagère, entre à l'hôpital de la Charité, le 14 février 1884 (service de M. TERRILLON, salle Sainte-Catherine, n° 4.) Elle est atteinte d'un phlegmon siégeant autour de l'articulation du genou droit. La malade meurt le 23 mai 1884 de tuberculose pulmonaire dans un état d'amaigrissement et de marasme très prononcé.

AUTOPSIE. — Du côté du genou droit, on trouve plusieurs fistules qui conduisent au bord inférieur de la rotule, laquelle est nécrosée dans toute son étendue.

Poumons. Le poumon droit est rempli de tubercules en voie de ramollissement. Il est refoulé par une pleurésie purulente enkystée, occupant toute la partie postérieure de ce lobe, ainsi que sa face inférieure.

Le poumon gauche est emphysémateux dans la totalité de son lobe supérieur, qui présente de nombreux noyaux tuberculeux disséminés.

Cœur. Le ventricule gauche est très hypertrophié. Il n'y a pas de lésions des valvules.

Organes génito-urinaires. Du côté gauche, il y a absence complète de rein. La capsule surrénale de ce côté existe à sa place normale.

A droite se trouvent les deux reins soudés l'un à l'autre, le supérieur, qui représente le rein droit, se confondant par son extrémité inférieure avec le rein gauche dans toute l'étendue de son bord concave ou interne.

Ce rein gauche est retourné sur lui-même, c'est-à-dire que sa face postérieure, déterminée par l'origine du bassin et de l'uretère, regarde en avant. On peut comparer ce rein unique à la lettre T renversée, dont la branche verticale serait représentée par le rein droit, et la branche horizontale par le rein gauche.

Ce qui démontre bien que ces deux reins se sont accolés l'un à l'autre, c'est la présence des vaisseaux et des canaux qui en partent.

L'*artère rénale droite* naît de l'aorte à sa place ordinaire, immédiatement au-dessus du tronc coeliaque. Elle pénètre dans le rein correspondant par deux branches, l'une, la plus volumineuse, va directement au hile; l'autre pénètre dans ce rein au niveau de son extrémité supérieure.

L'*artère rénale gauche* prend naissance un peu au-dessus de la division de l'aorte en artères iliaques primitives et se divise en trois branches au niveau du hile de ce rein.

Les *veines* partent des deux hiles du rein unique et vont se jeter dans la veine cave inférieure.

Les *uretères* naissent au niveau des deux hiles, le droit à sa place normale, le gauche en avant des conduits vasculaires du hile. Ils vont, séparés dans toute l'étendue de leur trajet, se jeter dans la vessie à leur place normale.

Nous avons donc affaire à une ectopie rénale à droite, avec fusion de ces deux organes et renversement de celui qui est déplacé.

Du côté du petit bassin, on trouve à leurs places normales la vessie en arrière du pubis, et le rectum en avant du sacrum sur sa partie médiane.

L'*utérus* est dirigé obliquement de haut en bas et de droite à gauche. Il ne présente qu'un seul ligament large, le droit, qui attire fortement l'utérus de son côté, d'où sa direction oblique. Du côté gauche, il y a absence complète de ligament rond et de ligament large.

Le péritoine tapisse la face latérale de l'utérus.

On trouve, du côté de la fosse iliaque gauche, dans sa partie interne, des vestiges de ce ligament large dont nous avons constaté l'absence. Le ligament rond, qui est dirigé obliquement en bas et en dedans, contourne le petit bassin pour gagner l'orifice interne du canal inguinal. L'ovaire, qui est très aplati et allongé, a la même direction et recouvre le ligament rond.

La trompe de Fallope est située à 2 centimètres de l'ovaire, auquel elle adhère par son pavillon à l'aide d'un ligament fibreux peu épais. Son extrémité supérieure, qui répond à son entrée dans l'utérus, est complètement obturée, tandis que son extrémité inférieure ou pavillon est libre et placée à côté de l'ovaire.

Nous avons bien affaire ici à une affection congénitale, car nous ne trouvons pas trace d'opérations sur l'abdomen ni du côté de l'utérus, et les renseignements concordent avec l'état anatomique.

JUIN

Séance du 6 juin 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

1. Rupture spontanée et incomplète du cœur; par E. LÉVÊQUE, interne de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — **Examen histologique,** par M. BRAULT.

Vassaux, Jean, âgé de 88 ans, tailleur, a été admis à l'hospice de St-Germain au mois de juillet 1874.

Cet homme était d'une excellente santé. Aucun antécédent alcoolique ou morbide à signaler, si ce n'est une toux habituelle qu'il avait depuis longtemps et qui ne l'empêchait nullement de travailler, ni de se promener aux jours de sortie. Il ne se plaignait jamais d'aucune gêne ou douleur précordiale ou présternale. Le 27 mai 1884, au soir, le vieillard se couche à l'heure ordinaire, aussi bien portant que les jours précédents. Durant la nuit, rien de particulier n'attira l'attention de ses voisins; et le lendemain matin on le trouvait mort dans son lit.

AUTOPSIE. — Le lendemain, rigidité peu prononcée. Adhérence ancienne de la dure-mère au crâne; *encéphale* indemne. Un peu d'emphysème des *poumons*, légèrement congestionnés à la base.

Reins petits, durs et pâles à la coupe.

L'*aorte* est couverte de nombreuses plaques d'athérome.

A l'ouverture du *péricarde*, on trouve dans sa cavité environ 90 grammes de sang liquide.

En examinant la surface du *cœur*, on constate, sur la face antérieure du ventricule gauche, vers sa partie moyenne, l'existence d'une fente longue de un centimètre environ. Cette fissure est rectiligne et verticale; ses deux lèvres sont rapprochées et laissent voir entre elles un peu de sang liquide. Pour l'explorer, on peut, par une légère pression, écarter les lèvres et rendre l'orifice béant. On peut alors introduire l'extrémité d'un stylet; mais l'ins-

trument ne peut s'enfoncer qu'à une profondeur de 4 ou 5 millimètres. Dans cet orifice on voit quelques fibres du myocarde rompues et séparées des autres. Un filet d'eau permet de les voir flotter.

De plus, dans le voisinage de la fissure, on voit le feuillet viscéral du péricarde présenter deux bords, détachés sur une très petite étendue du muscle sous-jacent, et un peu plus bas une légère saillie. Une faible traction sur ces bords amène le décollement de ce feuillet sur une surface de 2 centimètres et demi environ. On découvre alors, au-dessous de la première lésion, une nouvelle scissure, en accent circonflexe, très superficielle. Une coupe verticale du ventricule gauche ne fait découvrir à sa face interne aucun orifice correspondant aux lésions de la face externe.

Examen histologique. — Avant de procéder à l'examen histologique, nous avons disséqué les deux artères coronaires, pour nous rendre compte de leur état. Leur embouchure au-dessus des valvules sigmoïdes de l'aorte était à peu près normale comme dimension, et il n'existait à ce niveau aucune plaque athéromateuse ou calcaire. La partie de l'aorte située immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes était également très peu athéromateuse.

Les deux artères, après avoir été disséquées, ont été ouvertes sur la sonde cannelée dans toute leur longueur. Saines dans la première partie de leur trajet, elles étaient très nettement athéromateuses dans le reste de leur étendue.

L'artère coronaire gauche était presque totalement obli-térée à sa partie moyenne, quant à l'artère coronaire droite, elle présentait un caillot adhérent à sa paroi dans une assez grande étendue.

L'examen histologique du cœur a été pratiqué au niveau des points où existaient les fissures, également dans différents points de la paroi.

Cet examen a permis de constater que les fissures étaient peu profondes et qu'elles ne communiquaient nulle part avec la face interne du ventricule gauche. Dans ces fissures, il n'existait ni coagulum sanguin fibrineux, ni globules adhérents aux fibres musculaires rompues. A ce niveau, comme dans toutes les autres parties du myocarde examinées à un fort grossissement, la fibre musculaire parut toujours présenter la même altération : exagération de la striation longitudinale et transversale des segments musculaires, accumulation de pigment en très grande quantité autour du noyau, altération profonde du ciment intersegmentaire. En aucun point il n'existait de dégénérescence

graisseuse de la fibre musculaire. L'endocarde présentait un épaississement assez considérable, et de sa partie profonde se détachaient des bandes fibreuses qui sillonnaient irrégulièrement le myocarde.

RÉFLEXIONS. — Il nous semble que la petite hémorrhagie péricardique ne peut expliquer la mort subite par compression et que si cette hémorrhagie a été pour quelque chose dans l'issue fatale, c'est à titre de cause occasionnelle en provoquant une syncope. Si les artères coronaires n'avaient pas été complètement oblitérées, il est probable que cette syncope n'aurait pas été suivie de mort.

2. Lésions multiples des orifices du cœur, en dehors du rhumatisme ; par LUBET-BARBON, interne des hôpitaux.

Debize, âgée de 40 ans, entre le 23 mai 1884 à l'hôpital Tenon, salle Magendie, n° 16 (service de M. BARTH).

Il y a trois ans, à la suite d'une brusque suppression des règles, notre malade voit apparaître pour la première fois un œdème malléolaire qui dure quelques jours, et disparaît pour revenir bientôt périodiquement sous l'influence de la moindre fatigue. Pendant cette période, elle est aussi sujette à des palpitations et à des bronchites fréquentes. La menstruation met un an à se rétablir et ne se montre d'ailleurs que pendant quelques mois. Nous ne trouvons pas de rhumatismes dans ses antécédents.

Il y a trois semaines, à la suite d'émotions et surtout à la suite d'un froid intense trop longtemps supporté, les palpitations redoublent, s'accompagnant de sensation d'angoisse pectorale, l'œdème des jambes s'établit et la dyspnée devient de plus en plus considérable. Depuis quinze jours les phénomènes vont en augmentant, la toux est presque incessante la nuit, les extrémités des membres, surtout le bras gauche, les pommettes, les lèvres prennent une teinte cyanosée, la malade présente le tableau de l'asystolie.

Les mouvements du cœur sont désordonnés, néanmoins on parvient à distinguer un double bruit de souffle à la pointe, et un au foyer de l'orifice tricuspide. Pouls veineux vrai dans les jugulaires. Râles de bronchite disséminés en abondance dans les deux poumons. Albuminurie notable, urines très foncées rendues en petite quantité, un demi-litre à un litre environ. Traitement : lait, digitale à la dose de 0,25 centigrammes de poudre en macération.

25 mai. Même état du cœur. La quantité d'urine n'est pas augmentée. Poumon gauche : râles sous-crépitaux nombreux dans toute la hauteur ; à droite, épanchement remontant jusqu'au milieu de l'omoplate ; à ce niveau, matité, abolition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, souffle doux, égophonie.

26 mai. Râles fins et nombreux dans le poumon gauche, tendance à la broncho-pneumonie. A droite, l'épanchement existe encore. On supprime la digitale qui paraît avoir peu d'effet et on cherche à stimuler la malade par le café et des injections d'éther.

31 mai. L'état général ne fait qu'empirer et la malade est arrivée aux dernières limites de la cachexie cardiaque. L'œdème a gagné les parois abdominales, la dyspnée est extrême, quoique l'épanchement pleural ne paraisse pas augmenté.

2 juin. Morte dans la soirée.

AUTOPSIE le 4 juin, 36 heures après la mort. — Épanchement notable dans la plèvre droite. *Poumon gauche* œdématisé et congestionné par places. *Poumon droit* : on trouve un gros noyau d'apoplexie pulmonaire, le reste du poumon est crépitant mais gorgé de sang noir.

Rate sclérosée et dure : les corpuscules de Malpighi font saillie.

Foie cardiaque type. Les veines sus-hépatiques sont dilatées et les ramifications de deuxième et de troisième ordre admettent facilement le doigt. L'examen histologique montre des cellules normales, peu de granulations grasses ; les capillaires intra-lobulaires paraissent aussi dilatés et entourés de tissu conjonctif. Le rein présente les altérations macroscopiques de la néphrite interstitielle.

Le cœur est plus particulièrement intéressant. — *Péricardite* adhésive au niveau de l'oreillette droite ; sur le péricarde viscéral, on observe un semis de petites granulations brillantes, difficiles à énucléer, qui ressemblent à de petits tubercules et que l'examen histologique a montré formées de tissu conjonctif coupé de faisceaux de tissu élastique.

L'oreillette droite est dilatée, jusqu'à atteindre presque le volume du poing. Les colonnes musculaires sont anormalement développées. La valvule tricuspide est rétrécie et ses valves épaissies. Sur les bords, on trouve de petits bourgeons d'endocardite récente. Les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire sont normales. L'oreillette gauche, un peu moins volumineuse que la droite ne présente pas

non plus de faisceaux musculaires en saillie. On voit sur l'endocarde de nombreuses plaques fibreuses et faisant saillie dans l'oreillette, implantée sur le bord de l'orifice mitral, un bourgeon d'endocardite végétante. On trouve aussi une de ces productions sur la paroi externe de cette oreillette. L'orifice mitral est rétréci au point d'admettre à peine les pointes d'un ciseau fermé et le bourgeon signalé à la face auriculaire de la valvule devait encore en diminuer le calibre.

Les valves épaissies et soudées entre elles transforment l'orifice en un canal rigide long de un centimètre.

Sur l'endocarde ventriculaire, plaques laiteuses. L'orifice aortique enfin n'est pas indemne et chacune de ses valvules est transformée en une plaque dure et rugueuse.

RÉFLEXIONS. — Un premier point nous a paru intéressant : c'est de ne pas trouver le rhumatisme dans les antécédents de notre malade, alors que les altérations cardiaques sont celles du cœur rhumatismal, portées à leur plus haut degré, puisque la valvule tricuspide elle-même est atteinte. En second lieu, il est remarquable de voir une athrésie mitrale considérable et ancienne n'avoir donné lieu pendant longtemps qu'à si peu de troubles circulatoires. Il semble que le débit du sang ait été suffisant, tant que les autres organes ont bien fonctionné. Une bronchite est survenue, a rompu l'équilibre et déterminé la série des accidents qui ont amené la mort. L'état avancé des lésions explique suffisamment l'insuccès du traitement par la digitale.

3. Hystérectomie. — Ouverture de la vessie. — Cystorrhaphie ; par M. M. DÉNUCÉ, interne des hôpitaux.

M. Dénucé présente les pièces anatomiques provenant d'une malade opérée d'hystérectomie abdominale à l'hôpital Necker, le 2 juin, par M. le professeur TRÉLAT.

OBSERVATIONS. — Eugénie M..., âgée de 45 ans, entre dans le service le 28 avril 1884. Réglée à 14 ans, mariée à 19 ans, mère de trois enfants qu'elle n'a pas nourris, elle a vu depuis 3 ans son ventre augmenter de volume. Vers la même époque, ses règles, sans que ni leur durée ni leur abondance fussent accrues, devinrent douloureuses. Depuis un an, elle se plaignait de douleurs dans le bas-ventre, douleurs s'exagérant dans l'état de plénitude de la vessie et à la miction. A son entrée, la malade, assez maigre, est

très affaiblie. L'abdomen est volumineux (92 centimètres au niveau de l'ombilic); la peau est tendue, l'ombilic presque effacé.

Le palper, douloureux, fait reconnaître la présence d'une tumeur en contact avec la paroi abdominale de consistance assez ferme, de forme arrondie, peu bosselée. La fluctuation n'est nette en aucun point. La percussion montre que cette tumeur occupe la partie inférieure du ventre, et remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au toucher vaginal on constate que l'utérus est très élevé, mais le col paraît libre et les mouvements communiqués à la tumeur *ne lui sont pas transmis*. C'est surtout ce dernier signe qui conduit au diagnostic de kyste ovarique, et l'opération de l'ovariotomie est décidée. Le 2 juin, l'opération est pratiquée; elle fait reconnaître l'existence d'un fibromyome utérin, très volumineux, et relié aux parois de l'abdomen et du bassin par de nombreuses adhérences fibreuses, mais lâches. M. le professeur Trélat se met en devoir d'achever l'hystérectomie. L'opération est rendue très laborieuse par la présence non seulement des adhérences, mais encore d'énormes paquets vasculaires attenant aux parties latérales de la tumeur. Dans la section de ces adhérences, la vessie, dont le fond entraîné par la tumeur était remonté jusqu'à l'ombilic, est ouverte, ou pour mieux dire son fond est complètement séparé du reste de l'organe. La tumeur est pédiculisée au moyen d'un serre-nœuds, et son ablation est achevée. M. Trélat fait alors la cystorrhaphie et ferme la plaie vésicale, au moyen de dix-sept points à la soie de Czerny, très rapprochés les uns des autres et placés de façon à amener l'affrontement des surfaces sereuses. Le pédicule est maintenu au dehors et l'opération achevée. Pansement iodoformé. Sonde à demeure. Le soir la malade va assez bien. L'urine s'écoule régulièrement par la sonde. Le lendemain, la sonde étant tombée, la malade sans prévenir personne, urine seule dans le vase destiné à recueillir le liquide s'écoulant de la sonde. Cependant elle s'affaiblit de plus en plus et meurt le soir du troisième jour.

Examen de la pièce. La tumeur, très dure, de forme arrondie, mais irrégulière et bosselée, pèse 5 kilos 750 gr. Ses parois présentent encore les restes des adhérences qui ont dû être sectionnées pendant l'opération. A sa partie inférieure, on retrouve le fond de l'utérus, recouvert d'une muqueuse, ayant, à la vue, ses caractères normaux. Les parois très épaissies sont blanchâtres à la coupe, très consistantes, et présentent les mêmes caractères que le tissu de la tumeur proprement dite. Les orifices des trompes de

Fallope, assez dilatés, sont faciles à trouver et perméables; en introduisant un stylet dans la trompe gauche, on constate qu'elle est libre dans presque toute son étendue, accolée à la tumeur, et on arrive sur une masse, étalée, plus ou moins confondue avec la tumeur, et qui paraît être l'ovaire atrophié. La trompe droite, au contraire, incluse dans la tumeur à son origine, a été sectionnée, au point où elle s'en dégageait, et l'ovaire a dû rester dans l'abdomen.

En avant, se retrouvent des vestiges de la vessie dont le fond adhérerait intimement à la tumeur.

L'examen histologique fait reconnaître que la tumeur est bien un fibro-myome utérin.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen on trouve des lésions de péritonite généralisée très intense. Pus dans le petit bassin. Une injection poussée dans la vessie est parfaitement retenue. La vessie est détachée avec soin. L'examen de sa surface externe ne permet de découvrir aucune trace de la suture. Les nœuds de soie ne peuvent même être retrouvés. L'organe est alors ouvert, et sur sa face interne on aperçoit la ligne formée par la succession des anses de fil. La réunion est parfaite aussi bien à la face interne qu'à la face externe et, malgré l'enlèvement des fils, résiste à des tractions assez violentes.

RÉFLEXIONS. — Nous n'insisterons pas sur la partie clinique de cette observation. L'erreur de diagnostic, due à un léger degré d'allongement et à l'extrême souplesse du col, non moins qu'à l'absence de tous les signes propres aux fibromes internes n'eût pu être évitée que par une ponction exploratrice. Un seul signe aurait pu attirer l'attention du côté d'une tumeur utérine. Ce sont les sensations douloureuses éprouvées par la malade, durant ses règles, dès le début de sa maladie. Le point de beaucoup le plus intéressant est l'accident survenu à la vessie et surtout le remède qui a pu lui être opposé. La suture des parois vésicales pratiquée sur une assez grande étendue, a eu un succès complet. Dès le lendemain, la malade a pu uriner seule, et le troisième jour, au moment de sa mort, la réunion était absolue. On peut donc conclure de cette observation que la cystorrhaphie dans des cas analogues peut être tentée et suivie de succès.

4. Méningite tuberculeuse en plaque, siégeant sur le lobule paracentral et ayant occasionné une monoplégie crurale, avec attaques épileptiformes; par M. BOUVGERS.

Le nommé Couesne, Etienne, âgé de 48 ans, ajusteur mécanicien, entre le 26 mai 1884, à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Saint-Antoine, lit n° 13 (service de M. CHAUFFARD).

Ce malade présente les antécédents pathologiques suivants : A l'âge de 23 ans, il a souffert pendant quatre à cinq mois d'accès de fièvre intermittente, en Afrique, où il était soldat.

Il y a quatre ans, il contracte une pleurésie gauche, pour laquelle il est soigné durant trois mois dans le service de M. Damaschino. Il conserve quelques douleurs dans le côté gauche de la poitrine, commence à tousser, maigrit un peu et présente quelques sueurs nocturnes peu abondantes. Au mois de janvier dernier, affection pulmonaire ayant duré trois mois. Depuis, son état de santé est assez satisfaisant pour lui permettre de se livrer sans trop de fatigue à son travail.

Il nie énergiquement la syphilis, dont on ne peut, du reste, trouver la moindre trace, mais accuse des habitudes alcooliques. Le début des accidents actuels remonte au jeudi 22 mai.

22 mai. Ce jour-là, pendant qu'il marchait, sa jambe droite fléchit brusquement sous lui, et il tombe sur le trottoir. Cet accident se produit subitement, sans qu'il se soit aperçu auparavant de la moindre faiblesse ou du moindre changement dans son état habituel. Pas de perte de connaissance. Il se relève péniblement et peut se trainer jusque chez lui, en s'aidant de ses mains pour soulever sa jambe paralysée. Il se couche, et, dans son lit, peut fléchir son genou, soulever même un peu le pied, mais avec beaucoup d'efforts. Les jours suivants, la faiblesse augmente, et bientôt il ne peut plus imprimer à la jambe le moindre mouvement. Pendant ce temps, surviennent quelques douleurs sourdes, et une sorte d'engourdissement avec fourmillements dans la partie interne de la cuisse. Pas de symptômes céphaliques.

Le 26 mai, cinquième jour de l'accident, il ressent dans la matinée des douleurs violentes, continues, profondes dans la région frontale, s'étendant d'une tempe à l'autre, et sans localisation précise. Il avait déjà, ce jour-là, à son réveil, ressenti quelques fourmillements dans le bras droit, et constaté un peu de parésie de ce membre. Il entre dans la journée à l'hôpital.

A son entrée, nous constatons une paralysie complète du membre inférieur droit, avec flaccidité musculaire. Impossibilité absolue d'exécuter le moindre mouvement.

La sensibilité dans ses divers modes : toucher, douleur ; la température est normale et ne diffère en rien de celle du côté opposé. Le réflexe plantaire est très marqué et le chatouillement produit des mouvements saccadés dans tout le membre. Le réflexe patellaire, normal à gauche, est exagéré du côté atteint. Réflexe testiculaire peu marqué.

La coloration des téguments, la température (constatée à la main) sont les mêmes que du côté sain. Il n'y a pas d'œdème. Dans le bras, le malade peut exécuter tous les mouvements. La force est cependant un peu diminuée. L'examen de la sensibilité, des réflexes de la température ne révèle rien qui diffère du côté opposé. On ne peut constater à la face ni au tronc le moindre trouble paralytique. Du côté de l'appareil respiratoire, on trouve de la toux avec expectoration muco-purulente ; l'auscultation révèle une respiration rude avec craquements dans le sommet droit et des râles humides au sommet gauche, surtout en avant. Rien dans l'appareil digestif, à part quelques vomissements pituiteux le matin et de la constipation habituelle.

Les bruits du cœur sont secs et rudes à l'orifice aortique, avec un léger bruit de galop. Pas de souffle.

Les radiales sont athéromateuses, roulent sous le doigt. Le pouls est dur, régulier. Le sommeil est lourd, interrompu par de fréquents cauchemars. Les urines sont claires, abondantes, ne donnant pas de précipité albumineux par la chaleur ou le réactif de Tanret. On obtient par l'acide nitrique, à la partie inférieure du verre, une teinte rosée, très marquée. Pas de sucre.

En présence de ces troubles purement paralytiques, sans modifications sensitives, localisation à droite, très accentuée au membre inférieur, à peine marquée dans le bras, on songe à une lésion méningo-encéphalique, siégeant probablement sur le lobule paracental gauche, avec irradiations du côté de l'extrémité supérieure des deux circonvolutions pariétale et frontale ascendantes. La présence simultanée d'une tuberculose pulmonaire déjà avancée, l'absence de syphilis, font incliner le diagnostic en faveur d'une lésion d'origine tuberculeuse. En même temps, alcoolisme et artério-sclérose, avec légère hypertrophie cardiaque et néphrite interstitielle probable. Traitement : iodure de potassium, 2 gr. ; bromure, 4 gr.

27 mai, à onze heures du soir, première attaque épileptiforme.

28 mai, à six heures du matin, deuxième attaque épileptiforme débutant par des mouvements convulsifs dans le bras droit. Le malade sent les convulsions gagner le côté correspondant du tronc, puis le membre inférieur. Il perd alors connaissance. Les convulsions se généralisent au reste du corps et à la face, avec prédominance à droite.

La peau devient cyanosée; une écume blanchâtre, non sanguinolente s'écoule des lèvres. Enfin, la tête et la bouche se dévient à droite, et le malade tombe dans le coma. Miction involontaire. Réveil au bout d'un quart d'heure environ après le début de l'attaque. A la visite du matin, le malade se plaint de maux de tête intenses, fatigue extrême. Il se rappelle les deux attaques qu'il a eues et leur mode de début. Vers une heure, troisième attaque, au moment où il venait de se soulever pour boire. Il ressent comme le matin des mouvements convulsifs dans le bras droit. Les convulsions s'étendent au membre inférieur, puis aux quatre membres, enfin à la face, avec prédominance à droite. La tête reste immobile. La respiration est forte, entrecoupée, la face cyanosée. Enfin, après quatre minutes de convulsions, le malade tourne la tête et les yeux du côté droit et tombe dans le coma. Miction involontaire. Le coma dure quatorze minutes. Le soir, fatigue excessive; même état subjectif. A sept heures, quatrième attaque analogue aux précédentes.

29-30 mai. Pas de nouvelles attaques; même état.

31 mai. Il paraît y avoir un peu d'amélioration. Le malade peut plier la jambe sur le plan du lit, mais, malgré ses efforts, ne peut réussir à la soulever. Les forces sont revenues dans le bras. Dans la nuit, nouvelle et cinquième attaque, ayant débuté, celle-ci, par le membre inférieur.

1^{er} juin. La paralysie a reparu complète dans le membre inférieur.

2 juin. Il peut plier un peu la jambe et exécuter les mouvements avec le bras, mais avec une certaine hésitation. Les fourmillements persistent dans la cuisse. Notons que, jusqu'à présent, le malade n'a présenté que des symptômes paralytiques avec épilepsie jacksonnienne. Nous n'avons trouvé ni délire, ni rétraction du ventre, ni constipation, ni vomissements, ni irrégularité ou ralentissement du pouls, ni raie méningitique, ni phénomènes oculo-pupillaires.

3 juin. La paralysie est complète dans le membre inférieur.

4 juin. Le faciès s'amaigrit un peu. Le malade répond aux questions, mais il a l'air moins conscient. Il a un peu d'obnubilation intellectuelle. Les douleurs de tête diminuent. Le ventre se rétracte. Un peu de constipation. La sensibilité est plus vive et plus rapide à gauche qu'à droite. En présence de ces phénomènes, on songe à la diffusion des lésions et à la formation de tubercules sur les parties voisines des méninges.

5 juin. L'état méningitique s'accroît. Rétraction du ventre. Constipation. Raie méningitique peu accusée cependant. Subdélirium.

6 juin. Le malade est couché dans le décubitus dorsal; la tête est renversée en arrière, la nuque raidie, le regard fixe, les sourcils froncés. Inattention : il répond à peine aux questions. Pas de délire bruyant; mais, de temps en temps, marmotement avec quelques mouvements carphologiques. Ventre rétracté. Diarrhée. Raie méningitique faible. Rétention d'urine. A partir de ce moment, l'état s'aggrave; le malade tombe dans un demi-coma, le pouls s'accélère, la température s'élève. Bientôt les bronches s'embarrassent, la respiration devient stertoreuse, le coma est complet. Il y a du délire avec mouvements inconsistants, et la mort survient le 9 juin à neuf heures du soir.

AUTOPSIE le 11 juin, 40 heures après la mort. — *Poumons*. Adhérences pleurales généralisées des deux côtés avec fausses membranes plus épaisses et plus résistantes à gauche; ramollissement cavernuleux du sommet gauche; infiltration tuberculeuse du sommet droit. Congestion intense des bases.

Cœur, de volume à peu près normal, ne présente à noter que deux plaques de consistance cartilagineuse sur les valvules aortiques.

Foie. Pas d'altérations sensibles. Son volume, sa coloration, sa consistance sont normaux. — *Rate* petite, ramollie, un peu grisâtre, adhère par sa face externe à la paroi abdominale. — *Reins* de petit volume. A la coupe, leur tissu est grisâtre. La substance corticale paraît un peu atrophiée. La décortication est facile et la surface est lisse, sans granulations apparentes.

Cerveau. Hémisphère droit : Un peu de congestion des méninges. L'intérieur de la scissure sylvienne est vascularisé, mais on n'y voit pas de granulations tuberculeuses. Un examen attentif n'y fait découvrir aucune autre lésion. Hémisphère gauche : Quelques adhérences de la dure-mère au niveau de la partie moyenne du bord supérieur.

La *pie-mère* est congestionnée. Sur la face interne, au niveau du lobule paracentral, occupant tout cet espace, on voit se dessiner sous la *pie-mère* un exsudat d'un blanc jaunâtre, plus abondant autour des vaisseaux, et au milieu duquel on distingue quelques granulations tuberculeuses. Cet exsudat s'étend en trainées péri-vasculaires, longeant le bord supérieur de la circonvolution du corps calleux jusqu'au niveau de son tiers antérieur. En arrière, ces lésions s'étendent un peu en haut sur la partie supérieure et antérieure du lobe carré. Un semis de granulations tuberculeuses discrètes s'observe à la face interne de la première frontale, dans sa moitié postérieure surtout, sur la moitié antérieure du lobe quadrilatère, et sur la portion moyenne de la circonvolution du corps calleux. En regardant l'hémisphère par sa face supérieure, on voit que cette exsudation se prolonge sur une largeur de 1 cent. et demi environ, parallèlement à la scissure interhémisphérique, vers la partie supérieure de la frontale ascendante, englobant le pied de la première frontale. En arrière, elle embrasse l'origine de la pariétale ascendante et une faible portion du lobe pariétal supérieur. Quelques rares granulations jaunes sont éparses sur le tiers supérieur de la frontale et de la pariétale ascendante. La scissure sylvienne est rouge, mais ne présente pas de granulations. Une coupe superficielle pratiquée au niveau de l'exsudat montre une congestion intense de la substance cérébrale sous-jacente, avec quelques petits foyers apoplectiques.

Le *cervelet*, le *bulbe* n'offrent qu'une légère vascularisation. On n'y voit pas d'exsudat, ni de granulations. La moelle et les méninges rachidiennes ne présentent, du moins à l'œil nu, aucune altération.

Nous remarquons tout d'abord dans cette observation la localisation initiale de la lésion dans le lobule paracentral, et la diffusion consécutive des granulations tuberculeuses dans les terrains avoisinants, opposées à l'intégrité des points d'élection de la tuberculose méningée. Ce fait rentre dans la catégorie de ceux que Chantemesse a décrits sous le nom de méningites en plaques, et fournit un exemple de plus des localisations aberrantes des lésions méningées de la tuberculose. Nous y voyons ensuite que la tuberculose méningée peut déterminer par sa localisation sur certains points des phénomènes paralytiques circonscrits. Ces faits, mal connus naguère, reçoivent chaque jour de nouvelles confirmations. Nous sommes autorisés à en conclure que les phénomènes paralytiques peuvent, par

leur délimitation, fournir cliniquement des données sur le lieu de production des lésions causales.

Les symptômes en foyer que nous avons observés nous ont permis de déterminer le siège exact des altérations anatomiques au niveau du centre moteur du membre inférieur. Les expériences des physiologistes et les observations cliniques avaient assigné à ce centre le lobule paracentral et la partie supérieure des circonvolutions ascendantes et du lobe pariétal supérieur.

Dans une thèse récente, M. Prévost a recueilli un certain nombre d'observations où les lésions du lobule paracentral ont été accompagnées de monoplégie crurale. Dans 15 observations où cette paralysie s'accompagne d'une paralysie plus ou moins complète du membre supérieur, 14 fois la lésion du lobule paracentral est explicitement notée. Le cas qui s'offre à nous peut leur être comparé. Nous y trouvons une lésion occupant le lobule paracentral et la partie adjacente des circonvolutions ascendantes. De l'observation de ce fait, nous nous croyons en droit de conclure avec Ballet (1) : « Que lorsqu'en clinique on trouve « isolée, ou secondairement associée à d'autres paraly- « sies, la monoplégie de l'un des membres inférieurs, on « a affaire à une lésion du lobule paracentral ou de la « partie la plus élevée des frontale et pariétale ascendantes « du côté opposé. »



Séance du 13 juin.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

5. Kyste hydatique suppuré du foie, ouverture simultanée dans la plèvre droite et dans les voies biliaires. — Empyème. — Mort par péritonite; par Albert CAYLA, interne des hôpitaux.

Les pièces que je présente proviennent de l'autopsie

(1) Ballet. *Archives de Neurologie*, 1883. Des localisations cérébrales dans l'écorce motrice.

d'une jeune fille morte dans le service de M. HÉRARD. à l'Hôtel-Dieu.

C'est une jeune personne de 22 ans, qui était entrée salle Sainte-Madeleine, le 2 avril 1884. Elle exerçait la profession de charcutière. Le jour de son entrée, on constate une coloration ictérique très intense du tégument, qui est survenue depuis un mois au dire de la malade. D'une santé excellente jusqu'au mois d'août dernier, elle a ressenti à cette époque des douleurs dans la région du foie. Ces douleurs n'avaient rien de fixe dans leur apparition, les repas ne paraissent pas avoir eu d'influence sur le moment de leur apparition. Caractérisées tantôt par des sensations de pesanteur, de plénitude, elles prenaient parfois le caractère de douleurs plus vives avec irradiations dans la région dorsale et dans l'épaule droite. En dehors de quelques troubles fonctionnels du côté des voies digestives, tels que lenteur de la digestion, inappétence, nausées, la malade n'a rien présenté de notable jusqu'au commencement du mois de mars.

A ce moment, les douleurs de la région hépatique sont devenues plus vives, et elle a vu apparaître de l'ictère. L'apparition de ce phénomène a marqué une aggravation dans son état. Les douleurs revenaient plus souvent; l'appétit diminuait; les nausées, les vomissements devenaient plus fréquents.

L'examen de la région du foie fait constater une augmentation de volume de cet organe, dont le bord inférieur dépasse un peu les fausses côtes. Il n'existe pas de voussure, la surface accessible est parfaitement régulière. En présence de ces douleurs, de ces vomissements, de l'ictère, on songe à des accidents de colique hépatique. Le traitement a consisté en purgatifs salins répétés, vésicatoires volants sur la région du foie. Malgré cela, les douleurs ont persisté; en même temps la malade ne pouvait supporter aucun aliment. Lait, bouillon glacé, potion de Rivière.

18 avril. La malade, en revenant du bain, a été prise d'un point de côté à droite dans la ligne axillaire, à la base de la poitrine, cette douleur que la malade distingue de celle du foie s'est accompagnée d'une gêne respiratoire assez grande. Deux jours après, comme la malade se plaignait de tousser beaucoup la nuit, on examine le poumon droit et l'on constate de la matité et l'absence du murmure vésiculaire dans le tiers inférieur du poumon droit en arrière. Pas de souffle, pas d'égophonie, la malade rend quelques crachats séreux et aérés. En présence de ces signes, on porte le diagnostic de pleurésie avec épanche-

ment. Après l'application de deux vésicatoires volants en arrière, la toux devient presque nulle, mais les signes locaux ne se modifient pas, l'appétit est à peu près nul; on accorde à la malade d'aller en convalescence au Vésinet (13 mai).

21 mai. La malade est rapportée du Vésinet, son état s'est très aggravé, les yeux sont excavés, la figure exprime un état de souffrance qui fait songer à une péritonite. La malade nous raconte avec peine, tant la dyspnée est grande, que deux jours après son arrivée à l'asile, elle a été obligée de prendre le lit, souffrant de son côté droit, et ayant beaucoup de peine à respirer. On lui a administré cinq purgatifs et appliqué un large vésicatoire au-devant de la poitrine. Elle a la diarrhée depuis plusieurs jours et des sueurs la nuit. Dans la journée elle a eu un point de côté violent, accompagné d'un grand frisson.

L'examen du foie nous fait découvrir un abaissement très notable de la glande. Le poumon droit est absolument mat dans le tiers-inférieur; le tiers moyen est un peu plus sonore, il existe à ce niveau un souffle tubaire.

En avant, la matité remonte au-dessus du mamelon.

Le soir, je suis appelé vers dix heures auprès de la malade que je trouve dans l'état suivant: la respiration est courte au point que la malade est assise sur son lit, les mains et le nez sont froids. Devant cette menace d'asphyxie, je pratique dans le septième espace intercostal, sur la ligne axillaire, une ponction avec l'appareil Potain. Il s'écoule aussitôt un pus, d'une fétidité qui rappelle celle des abcès avoisinant le tube digestif, l'écoulement s'arrête après que j'en ai eu retiré deux litres, la couleur du pus est verdâtre.

22 mai. Léger frisson dans la journée. T. A. 39°.2.

23 mai. La malade mange à peine; plusieurs petits frissons suivis de sueurs. T. A., matin, 38°.4; soir, 40°.2.

Le soir on pratique une nouvelle ponction dans le huitième espace.

Il sort à peine quelques cuillerées de pus, et le jet s'arrête.

24 mai. T. A., matin, 39°; soir, 40°.

25 mai. Empâtement au niveau du point où a été faite la première ponction, douleur vive. T. A., matin, 38°; soir, 39°.4.

26 mai. T. A., matin, 39°.2; soir, 39°.6.

27 mai. L'état de la malade s'aggrave; elle a des sueurs et des frissons le soir; la diarrhée est abondante; il s'est formé un abcès au niveau de la première ponction. T. A., matin, 38°; soir, 40°.2.

31 mai. La malade s'affaiblissant beaucoup, en présence

de ces phénomènes de fièvre hectique, on se décide à pratiquer l'empyème.

Incisant du même coup l'abcès et l'espace intercostal, je fais au-devant du bord antérieur du grand dorsal la section de la peau, je traverse la cavité de l'abcès qui contenait du gaz et j'ouvre l'espace avec le bistouri, j'agrandis l'incision avec le bistouri boutonné. Il s'écoule d'abord un pus roussâtre séreux; puis le jet s'interrompt tout à coup, et l'on voit apparaître à la plaie une fausse membrane dont la sortie est suivie de l'expulsion d'un grand nombre de vésicules hydatiques de différentes grosseurs. L'ouverture de la paroi thoracique a donné lieu aussitôt à la formation d'un pneumothorax. En présence de cet événement, il semblait donc légitime d'admettre que la malade avait eu un kyste hydatique suppuré du foie, dont l'ouverture dans la plèvre avait donné lieu à une pleurésie purulente. L'opération n'a présenté, comme digne d'être notée, qu'une hémorrhagie assez abondante, dont il nous a été impossible de trouver la source et qui paraissait venir de l'intérieur de la plaie. L'ouverture a été suivie de lavages boricques, introduction de deux tubes en caoutchouc. Pansement de Lister.

1^{er} juin. Deuxième lavage, nouvelles poches.

2 juin. Deux lavages, odeur très fétide. T. A., 38°. Il s'écoule de la bile.

3 juin. Etat général mauvais. Pouls 120. T. A., matin, 38°,4; soir, 39°,6. Diarrhée. Edème du tronc et de la main droite. Deux lavages phéniqués et iodés. Il s'écoule de la bile.

4 juin. T. A., matin, 40°; soir, 40°,4; un seul lavage.

5 juin. Premier lavage à 8 heures, iode et alcool; deuxième lavage à 3 heures; troisième lavage à 10 heures, soir. La malade a eu une diarrhée abondante dans la journée. T. A., matin, 39°,2; 39°,6.

6 juin. La malade se plaint d'une douleur vive derrière le sternum, à la partie moyenne; elle a la sensation d'un obstacle douloureux lorsqu'elle avale; le moindre mouvement lui fait pousser des cris. L'examen ne révèle rien.

Il est fait dans la journée deux lavages qui ramènent des débris de membranes teintés de bile.

Samedi 7 juin. La malade a eu de la diarrhée pendant la nuit; elle se plaint d'une vive douleur au creux de l'estomac; ce qu'elle mange l'étouffe, dit-elle. T. A. 38°,7.

8 juin. Un lavage. T. A. 40. Douleur épigastrique vive.

9 juin. Diarrhée abondante. T. A. 37°,5 mat., 39°,4 soir. Deux lavages. Le soir, la malade est prise d'une fièvre vive,

le visage est très coloré, la langue sèche, le pouls très fréquent. Lavage à 10 heures du soir.

10 juin. Après le pansement, la malade a été prise d'une vive douleur de ventre; toute la nuit elle a été tourmentée par des nausées et le hoquet.

Le visage a l'aspect grippé; elle se plaint continuellement d'une douleur de ventre. Le ballonnement est très prononcé, il existe du liquide dans le péritoine; le pouls est serré. Les pièces du pansement et le lit sont souillés par une grande quantité de liquide biliaire. La malade meurt à quatre heures dans le collapsus.

Nous noterons, avant de donner des détails de l'autopsie, que la malade a rendu dans les selles de nombreuses poches hydatiques et du pus.

AUTOPSIE. — En soulevant le plastron sternal, on ouvre une cavité kystique formée du tissu cellulaire du médiastin. Le liquide est clair et coloré en jaune; deux petits pertuis situés au fond de cette cavité conduisent : l'un (le gauche) jusque sous le péricarde, l'autre (le droit) jusque sous la plèvre. Ces deux diverticulums sont fermés. La formation de cet épanchement a peut-être coïncidé avec la douleur rétro-sternale que la malade a accusée.

Le corps ouvert, on remarque la disposition suivante des viscères : Le foie a refoulé le diaphragme et arrive à la cinquième côte; le poumon droit adhère à la face supérieure. Réduit dans toutes ses dimensions, il ne remplit pas en entier la cavité thoracique. Entre la face externe et la paroi costale, il existe un espace dans lequel on peut introduire la main à plat. On arrive ainsi jusqu'à la gouttière costo-vertébrale, la main est arrêtée à ce niveau par l'adhérence des deux feuillets de la séreuse.

Au fond de cette cavité, on aperçoit un peu de pus. Sur la surface pleurale, on remarque quelques flocons membraneux.

D'autre part, l'ouverture de la paroi thoracique correspond au foie. Un stylet introduit par la plaie conduit dans le kyste hépatique. Le foie adhère au diaphragme à ce niveau et le diaphragme à la paroi costale.

La cavité abdominale contient une quantité moyenne de liquide louche, purulent, sans hydatides. Malgré cela, il n'existe pas de rougeur sur les intestins. En soulevant le foie et les intestins, il s'écoule du pus du hile de l'organe; la veine cave inférieure est très dilatée, le lobe carré la presse contre la colonne vertébrale et interrompt le cours du sang.

Les organes extraits du corps, on remarque les dispositions suivantes :

Le foie est considérablement hypertrophié; il adhère par sa face convexe avec le diaphragme. L'incision du lobe droit ouvre une dilatation kystique du volume des deux poings; la cavité est unique, les parois en sont tomenteuses; à la partie inférieure, il reste une membrane hydatique colorée par la bile. A la partie inférieure du kyste, il existe une ouverture de 2 centimètres de diamètre, qui donne accès dans les conduits biliaires au confluent des canaux hépatiques. En prolongeant l'incision, on constate que le canal cholédoque dilaté permet l'introduction de l'index. La vésicule biliaire ne contient pas de bile; les parois sont blanchâtres; son volume est normal. En haut, au-dessus de la plaie de l'empyème, il existe une petite ouverture; un stylet introduit par cet orifice qui ne mesure que quelques millimètres de diamètre, conduit dans la cavité pleurale, en dehors de la partie occupée par le poumon. Un autre pertuis, situé plus en dedans, conduit dans la cavité thoracique, sous le poumon, qui adhère au diaphragme à ce niveau. Le premier de ces orifices faisait donc communiquer ce qu'il restait de cavité pleurale avec la cavité du kyste.

Sous le foie, correspondant à la partie gauche du hile, au-devant de la colonne vertébrale, il existe une collection de pus épais, qui glisse dans l'abdomen lorsque l'on soulève le foie.

Il est vraisemblable de croire que la péritonite qui a enlevé la malade a été déterminée par cet abcès.

Le foie est gras. Rien à noter dans les autres organes.

En résumé, kyste hydatique du lobe droit, ouvert simultanément dans la cavité pleurale et les voies biliaires, ayant amené la formation d'un abcès au niveau du hile, qui a déterminé une péritonite mortelle.

REFLEXIONS. — La relation de ce cas et l'étude des pièces recueillies après la mort contiennent plus d'en enseignement. Au point de vue anatomique, elles démontrent qu'il existe une variété de kyste hydatique du foie, situé dans les parties centrales de la glande, dont l'ouverture tend à se faire dans deux directions opposées, du côté des voies biliaires d'une part, et du côté de la cavité thoracique. Au point de vue clinique, il ressort que ces kystes ont pendant longtemps une évolution silencieuse; que les premières manifestations symptomatiques qui éveillent l'attention du médecin sont dues à la compression des canaux

biliaires, qui déterminent un ictère. Que cet ictère est le prélude d'accidents qui ont pour effet d'amener la suppuration du contenu. Dès lors, les phénomènes vont se dérouler avec rapidité, et le kyste va tendre à éliminer son contenu par les voies biliaires et du côté du thorax. C'est à cette double éventualité que le médecin doit parer en intervenant rapidement, par une ouverture de la poche. En ce qui concerne les lavages, nous pensons qu'il faut être très réservé sur leur emploi. Le reflux du liquide biliaire par la plaie dénote l'ouverture d'un des gros canaux biliaires. Le liquide injecté passe donc directement dans ces conduits et dans l'intestin. De l'angiocholite, des diarrhées profuses comme chez notre malade, seront des accidents à redouter dans ces cas, surtout lorsque l'on emploie des liquides irritants. Peut-être même, dans le cas qui nous occupe, les lavages ne sont-ils pas étrangers à la production de cet abcès du hile qui a entraîné une péritonite mortelle.

Séance du 20 juin 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

7. M. CORNIL montre des *microbes de l'érysipèle* dans un cas de *néphrite infectieuse*. Ils sont disposés en chaînette, remplissent certains capillaires, dont quelques-uns sont dilatés; ils sont très rares dans les tubuli. M. CORNIL rappelle que, dans la première partie de cette communication, il avait signalé la présence de ces microbes dans l'urine de la malade. Dans le poumon splénisé, on a trouvé des organismes ovoides, en retirant un peu d'exsudat à l'aide d'une seringue de Pravaz immédiatement après la mort.

8. M. JARDET présente des *aiguilles osseuses* dans un *poumon d'ataxique*.

M. CORNIL rappelle à ce propos les diverses concrétions calcaires ou osseuses que l'on peut rencontrer dans le poumon, soit autour des bronches, soit sous la plèvre. Ces concrétions s'observent surtout dans les pneumonies chroniques ardoisées.

Séance du 27 juin 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

9. Calcification du péricarde. — Eruption de vaccine généralisée ; par M. TISSIER.

La nommée Delouette, veuve Richer, âgée de 51 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Claire, lit n° 11 (service de M. SIREDEY), le 22 décembre 1883.

Elle n'a pas éprouvé dans sa vie de maladie importante. A diverses reprises, elle dit avoir ressenti de vagues douleurs dans les jointures ; mais n'a jamais souffert d'accès francs de rhumatisme articulaire.

Plusieurs fois elle a eu des érysipèles de la face qui ne paraissent pas avoir présenté de gravité et qui se sont terminés chaque fois en quelques jours. Ces poussées érysipélateuses étaient indépendantes des époques menstruelles. C'est à huit ou dix ans qu'on doit faire remonter le début de l'affection du cœur dont elle est actuellement porteuse. La date précise est difficile à déterminer, la malade disant avoir remarqué, depuis extrêmement longtemps, qu'elle était sujette aux palpitations et très facilement essoufflée. Elle déclare avoir souvent constaté une enflure légère et passagère de ses jambes.

Il y a cinq à six ans les symptômes précédents se sont manifestement accusés et c'est alors qu'elle aurait appris, en consultant, qu'elle était atteinte d'une maladie du cœur.

Depuis, elle a toujours été malade, a vu son ventre enfler au point qu'il a fallu pratiquer deux paracentèses de l'abdomen.

L'œdème et l'essoufflement ont été augmentant ou diminuant alternativement, souvent la malade a eu de longues périodes de repos ; mais au mois de décembre, elle est devenue sans cause connue, beaucoup plus souffrante, et dut venir à l'hôpital.

Quand elle y est entrée, l'œdème des jambes était si considérable que M. Siredey fit, avec une aiguille d'acier chauffée à blanc, quatre à cinq piqûres à chaque jambe, en même temps qu'il prescrivit une potion à la digitale.

Outre l'œdème des membres inférieurs on constatait de la dilatation du cœur, la distension des jugulaires, une teinte cyanique des extrémités, tout le faciès habituel des cardiaques, mais il était difficile de surprendre au cœur quelque bruit pathologique bien caractérisé, le premier temps était soufflant et c'était tout ; le choc précordial très faible et irrégulier. Dans la poitrine, râles nombreux d'œdème pulmonaire. Gros foie, pas d'ascite, urines légèrement albumineuses. Sous l'influence du traitement l'enflure diminua rapidement, mais les points où la peau avait été piquée devinrent le centre de poussées lymphangitiques que les cataplasmes et les applications d'eau de sureau ne firent pas tomber et peu à peu toute la moitié inférieure des jambes fut envahie par une coloration.

Eruption généralisée de vaccine. — Sur ces entrefaites la malade, qui n'avait jamais été vaccinée et qui n'avait pas eu non plus la variole, fut inoculée au vaccin de génisse le 4 mars. M. Chambon lui fit trois inoculations au bras gauche. Les trois pustules qui succédèrent à la vaccination prirent des dimensions démesurées. Elles s'entourèrent d'une zone étendue d'inflammation intense, puis, vers le vingtième jour, laissèrent chacune à leur place une vaste ulcération de trois centimètres de diamètre, ulcération rouge-vif entourée d'une couronne pseudo-membraneuse grisâtre.

Toute la partie supérieure du bras était le siège d'une rougeur intense et les ganglions de l'aisselle étaient tuméfiés et douloureux. Peu à peu, lentement, à partir de la fin de mars, ces ulcérations se cicatrisèrent, et à la fin du mois d'avril, il ne restait plus que des traces très apparentes des ulcérations pustuleuses. Pendant que la vaccine évoluait ainsi sur le bras, il était apparu, sept à huit jours après la vaccination, une éruption de boutons sur les deux jambes œdématisées et érythémateuses. Ces boutons, dans le principe, ressemblaient absolument aux boutons qui se développaient simultanément sur le bras. Cette éruption, très confluyente, se comporta comme une éruption de va-

riole. Les papules s'ombiliquèrent, s'abcédèrent en formant des ulcérations grisâtres, circulaires, des dimensions d'une lentille. La transformations s'opéra en l'espace de dix jours. Toutes les papules ne passèrent pas par les mêmes phases.

Celles qui occupaient en très grand nombre la région sus-malleolaire et qui d'ailleurs semblaient être nées plusieurs jours après les précédentes, restèrent à l'état de papules accolées, faisant un léger relief à la surface de la peau. Elles persistèrent en cet état, pressées les unes contre les autres, se confondant par leur rougeur avec la peau du voisinage et disparurent insensiblement. On ne pouvait plus que difficilement les distinguer au commencement d'avril.

Les papules qui avaient opéré leur évolution complète furent remplacées chacune par une ulcération sanieuse qui suinta jusqu'à la mort. En arrière des mollets, les pustules, étant très rapprochées les unes des autres, donnèrent lieu à de très larges ulcérations de configuration irrégulière, qui ne guérirent jamais et manifestèrent au contraire une tendance constante à s'étendre.

Les deux jambes furent à peu près également atteintes, plus cependant la jambe droite. Mais le fait à signaler, c'est que pas une papule ne se montra sur les parties de la peau qui n'étaient pas primitivement enflammées. Un dessin colorié, fait par M. Chambon et remis à M. Siredey, reproduit toute cette disposition.

Il semble que dans ce cas il s'est agi d'une éruption de vaccine généralisée primitive, et non d'éruption secondaire par auto-inoculation. La malade affirme ne s'être pas grattée et surtout l'époque d'apparition serait peu favorable à la seconde hypothèse. Cette discussion, agitée par M. Moulinet, dans une thèse récente sur la question, est résolue par l'auteur dans le même sens que par nous.

De cet accident, la malade parut bénéficier. Ses jambes étaient déjà malades avant la vaccination. Mais l'irritation plus vive et l'abondance de suppuration créèrent une sorte de dérivation favorable. Malgré des plaintes continuelles au sujet de cette complication, les battements du cœur se régularisaient, les râles pulmonaires diminuaient et la respiration s'accomplissait moins péniblement. Néanmoins l'amélioration fut de courte durée; le 15 juin la dyspnée augmenta; l'insuffisance du cœur s'accusa et, après quelques jours de lutte, par les progrès de la cachexie cardiaque, la mort survint le 21 juin.

AUTOPSIE pratiquée le 22 juin. — *Poumons* fortement

congestionnés. Un peu de liquide dans les plèvres. — *Foie* volumineux, pesant 2,060 gr., présentant à la coupe l'aspect du foie muscade, recouvert sur toute sa surface séreuse d'une sorte de coque de périhépatite, coque blanchâtre, translucide, brillante, d'aspect cartilaginiforme, résistante à l'ongle, ferme sous le bistouri, d'une épaisseur de 2 à 3 millimètres, à peu près égale dans toute son étendue, production appartenant à la variété des fibromes en plaques, fibromes lamelleux ou cornéens. — *La rate* offre un revêtement tout semblable à celui du foie. Rien dans les autres organes abdominaux.

Les reins sont rouges et congestionnés. — *Le cœur*, avec son enveloppe, est séparé des poumons; il offre une consistance particulière; il est comme protégé par une façon de cuirasse circulaire qui l'embrasse. En examinant de plus près, le péricarde est adhérent dans toute son étendue au feuillet viscéral péricardique. On arrive cependant assez facilement à détacher les adhérences au niveau de la pointe et sur le bord droit du cœur; mais, en décollant, on arrive vers la base en un point où l'union est intime, et à ce niveau la qualité des adhérences a changé. Au lieu de brides fibreuses, il existe un véritable tissu osseux ou ossiforme étendu en lame et reliant intimement le tissu péricardique au myocarde. Cette transformation ossiforme s'est effectuée irrégulièrement à la base des ventricules. La bande ossifiée affecte la forme d'un anneau jeté obliquement en écharpe à la base des ventricules, anneau large de 4 millim. au niveau de la face antérieure et de la face postérieure, de 5 à 5^m,5 sur le bord droit, s'élargissant davantage au niveau du bord gauche et présentant à ce niveau comme le chaton d'une bague chevalière. En ce point, la lame ossifiée s'étend jusqu'à la pointe, non pas en prolongement aigu, mais en lame arrondie; l'anneau est interrompu, sans avoir été brisé, en trois points, où le tissu fibreux a persisté en avant, au milieu de l'anneau, en arrière de l'oreillette gauche et au niveau du bord droit. Il y a en ces points une articulation très serrée, à peine mobile. La transformation calcaire paraît un processus superficiel, uniquement péricardique, malgré quelques petits prolongements en stalactites, minimes, dans le tissu musculaire des oreillettes et des ventricules.

Examinées au microscope, des particules détachées de l'anneau calcaire apparaissent bien manifestement être du tissu conjonctif infiltré de sels de chaux et ne présentent nulle part trace d'ossification vraie. L'artère aorte n'est en aucun point athéromateuse, non plus que les artères voi-

sines. Les orifices aortique et pulmonaire sont suffisants; leurs valvules sigmoïdes sont en excellent état de fonctionnement. Entre les deux artères est un ganglion lymphatique noirâtre, en partie calcifié. Les deux oreillettes, situées au-dessus de la carapace annulaire, sont vastes, musculueuses et montrent béants les orifices auriculo-ventriculaires qui ne sont ni rétrécis, ni insuffisants, et dont les valvules, au toucher, paraissent intactes. Le poids du cœur est de 510 grammes.

Les observations de symphyse et de calcification péricardiques ne sont pas extrêmement rares, mais il est peu commun de trouver des cœurs aussi complètement transformés que celui dont nous venons de faire la présentation. M. Quénu, en 1878, a recueilli un péricarde calcifié exclusivement au niveau des sillons interventriculaires et tout au long des artères coronaires. M. Luc, en décembre 1882, a présenté également un péricarde très partiellement calcifié. Enfin, M. Rivet, en mars 1882, a montré à la Société un péricarde calcifié sur une grande étendue. La femme qui en était porteuse était en même temps athéromateuse, comme du reste le malade de M. Luc, ce qui constitue une différence entre les pièces précédemment présentées et la nôtre. On pourrait se demander si les adhérences calcifiées établies entre les feuillets péricardiques sont de même nature que le revêtement fibromateux constaté sur toute la surface de la rate et du foie, se souvenant que les fibromes lamelleux sont souvent le siège d'infiltration calcaire. M. le D^r Cornil estime qu'il faut dans l'espèce rejeter tout rapport de nature entre les deux processus péricardique et péritonéal.

M. LAUGIER présente un cas de *plaie pénétrante de la crosse de l'aorte*, faite à l'aide d'un couteau de poche, dont la lame a traversé le bord gauche du sternum au niveau de sa fourchette, à la hauteur du second cartilage costal. Il s'est fait une hémorrhagie abondante dans la plèvre gauche : la mort a été instantanée.

M. TISSIER fait voir un cas de *calcification étendue du péricarde*. Il existe un large anneau calcifié étendu entre les oreillettes et le ventricule.

10. Insuffisance aortique par endocardite interstitielle, par
LUBET-BARRON, Interne de l'hôpital Tenon.

Le cœur provient d'un enfant de 15 ans, mort dans le

service de M. Barth. — Fils de rhumatisant, il fut atteint de *chorée* à l'âge de 12 ans, mais il n'a jamais eu d'*attaque de rhumatisme*. Depuis trois ans, il a été traité à diverses reprises pour palpitations, accès de suffocation, œdème des membres inférieurs, phénomènes qui ont cédé à l'emploi de la digitale.

Il entre dans le service avec l'exagération de tous ces symptômes. Nous trouvons le thorax globuleux, un cœur énorme, dont la pointe bat au-dessous de la septième côte, et dont les battements sont tumultueux. On peut cependant reconnaître un souffle intense à la base et au deuxième temps, un autre à la pointe et au premier temps. Le foie est très développé; son bord inférieur descend jusqu'à la ligne des épines iliaques. Le tracé sphygmographique est celui de l'insuffisance aortique. — Pas d'albumine dans l'urine. Depuis son entrée à l'hôpital, l'état de notre malade n'a cessé de s'aggraver, et il a fini par succomber.

AUTOPSIE. — Les *poumons* sont congestionnés; les *reins* et la *rate* sclérosés; le *foie* a la coloration muscade, il est gros et gorgé de sang.

Le *cœur*, volumineux, est rempli de caillots; les cavités droites sont saines. La valvule mitrale est légèrement épaissie; les valvules sigmoïdes de l'aorte sont insuffisantes, très épaissies surtout au niveau de leur bord libre, où l'on ne retrouve plus le nodule cartilagineux. De plus, elles paraissent relâchées et forment des plis transversaux.

RÉFLEXIONS. — Cette endocardite interstitielle, non végétante, nous a paru un fait intéressant chez un sujet jeune, n'ayant jamais eu d'attaque de rhumatisme, mais issu de parents rhumatisants, et ayant vu son affection se développer à la suite de la *chorée*.

M. CORNIL fait remarquer qu'il serait important de rechercher par l'examen histologique s'il s'agit d'une lésion congénitale ou d'une lésion acquise. La présence des éléments du tissu scléreux serait en faveur de cette dernière hypothèse et indiquerait une origine inflammatoire.

M. CORNIL fait une communication sur un cas d'*angiome de la grande lèvre*. Une femme phtisique, mère de plusieurs enfants, avait un abcès de la grande lèvre. Incisé, il laissa écouler une assez grande quantité de pus. A l'autopsie, on trouva qu'il existait une tumeur dans la paroi postérieure de l'abcès. Cette tumeur était formée par un

petit hématome, qui renfermait une quantité de sang assez considérable. Sur la coupe, à l'examen histologique, on vit que cet hématome était constitué par de petites cavités remplies de sang, séparées par des travées de tissu conjonctif. L'aspect était celui des angiomes du foie. Le sang devait circuler activement à travers ses larges mailles, car elles étaient remplies de globules rouges tassés et renfermaient fort peu de globules blancs. A la périphérie de l'angiome, du côté opposé à la cavité de l'abcès et correspondant à la grande lèvre, le tissu conjonctif était plus jeune, embryonnaire. Du côté de la poche purulente, il était au contraire adulte et formait des lames fibreuses plus denses, superposées. Dans cette paroi fibreuse, se rencontraient des bactéries de la suppuration, des microbes ronds en chaînettes. A la surface de la paroi de l'hématome, existaient des bâtonnets allongés semblables à ceux de la vulve.

Il s'agissait donc là d'un véritable angiome organisé et tout à fait différent des hématomes de l'accouchement. Ce sont des tumeurs encore très peu connues. M. Cornil ne peut guère citer comme s'y rapportant qu'une seule phrase du *Traité des tumeurs* de Virchow.

M. QUÉNU fait remarquer qu'il existe toujours du sang dans les abcès de la glande vulvo-vaginale. Le pus prend presque toujours une teinte homogène couleur chocolat. Il s'agit évidemment alors d'une lésion inflammatoire avec exsudation sanguine.

M. CORNIL dit que dans le cas qu'il vient de rapporter, il y avait sans doute un abcès de la bourse séreuse de la grande lèvre, que la glande vulvo-vaginale était intacte, et que l'angiome préexistait certainement au développement de l'abcès.

11. Gros polype du rectum chez un homme de 40 ans enlevé par l'écrasement linéaire, reconnu histologiquement comme un adénome, par G. PROCAS, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté (1).

Le nommé Marchand (Charles) est entré le 16 mai 1884 dans la salle Saint-Pierre (service de M. le professeur U. TRÉLAT.)

(1) Observation relative à une communication faite en janvier 1884.

Rien du côté de ses antécédents héréditaires. Erysypèle de la face il y a 7 ans. Pas de rhumatismes, ni autre maladie constitutionnelle. Il y a 8 ou 9 ans, le malade a fait une chute sur le derrière, et, 7 ou 8 mois après, a vu sortir du fondement pendant la défécation, une petite masse grosse comme une noisette. Depuis cette époque, cette masse sortait toutes les fois que le malade allait à la selle. Cela ne l'empêchait, du reste, pas de travailler et n'occasionnait pas de douleurs. Seulement, il rendait de temps à autre un peu de sang. Il consulta des médecins de la campagne qui lui conseillèrent des bains froids. Cependant, cette masse grossissait de plus en plus, et, il y a 2 ans, elle est devenue aussi grosse que maintenant. A cette époque, l'hémorrhagie au moment de la défécation, était devenue beaucoup plus abondante. Le sang coulait comme un filet d'eau. En même temps, le malade rendait des glaires blanches. Les douleurs étaient très peu vives. Après chaque défécation, il faisait rentrer sa grosseur, et c'est ainsi qu'il vécut jusqu'à la huitaine qui précéda son entrée à l'hôpital. Cependant, il y a 6 ou 7 mois, ce malade, jusque là bien portant, a commencé à changer de couleur, il était devenu pâle, il a perdu l'appétit et les forces et avait des étourdissements. C'est même à la suite d'un accident de ce genre, qu'il se décida à venir consulter à l'hôpital.

Etat actuel. Homme assez fort, mais pâle et anémique. L'anus ne présente rien de particulier à la vue. Au toucher, rien de spécial à signaler à la partie inférieure du rectum, il faut monter à une hauteur de 6 à 7 centimètres avec le doigt, alors on sent une masse lobulée, qui occupe presque tout le calibre de l'intestin. Cette masse a une consistance molle et on peut facilement la déplacer. En reportant son doigt, vers la paroi antérieure du rectum, on sent un pédicule qui est large, plus dur que la masse elle-même et on a la sensation d'une bride. Pendant cette exploration, on ne fait pas saigner cette tumeur, et la douleur qu'on y provoque est fort légère. Le malade dit qu'il peut la faire sortir lorsqu'il va à la selle. On fait l'expérience, et, lorsqu'il revient du cabinet, on constate, en effet, que le polype fait saillie au dehors de l'anus, sous forme d'une masse sillonnée et partagée en plusieurs lobes, les lobes eux-mêmes étant partagés en lobules plus petits. La grosseur en est considérable, dépassant le volume du poing fermé d'un adulte, la couleur, rosée, recouverte par place de mucus, la consistance molle. Le pédicule est large, et, lorsqu'on le saisit entre le pouce et l'index, on sent les battements d'une artère. M. Trélat excisa deux

petits lobules pour en faire l'examen histologique. A la suite de cette petite opération, le sang a coulé abondamment et a nécessité des attouchements au perchlorure de fer. Les douleurs sont modérées, mais elles s'exaspèrent après chaque exploration. Depuis quelque temps, le sang coule abondamment après chaque défécation. Le sang sort alors mélangé de glaires. A la suite de ces hémorrhagies répétées, le malade est très anémié, l'appétit est médiocre, il va trois ou quatre fois par jour à la selle, en diarrhée; mais, en dehors de cette anémie, l'état général est bon.

Le malade fut préparé pour l'opération, purgé deux jours avant l'opération, le jour même on lui administra un lavement, et une potion avec 10 centigrammes d'extrait thébaïque pour obtenir la constipation pendant les jours consécutifs. Le malade fut chloroformé. Ensuite M. Trélat l'opéra de la manière suivante : Il pratiqua d'abord la dilatation de l'anus avec son spéculum bivalve. Lorsque la dilatation a été obtenue, le polype pouvait être amené à l'extérieur et son pédicule était visible et assez facilement saisissable. Ce pédicule présentait deux portions, une qui dépendait de la tumeur et une autre formée par un dédoublement de la muqueuse. Cette dernière portion fut coupée aux ciseaux du thermo-cautère, mais comme le sang coulait en abondance, on remplaça immédiatement le thermo-cautère par l'écraseur linéaire et on fit la section du reste du pédicule, en serrant à raison d'un cran par demi-minute. La section eut, ainsi, lieu sans accident et d'une manière très simple. On débarrassa le rectum des caillots qu'il contenait et on le bourra de gaze iodoformée. Le polype à peine détaché de son point d'implantation parut moins volumineux que lorsqu'on l'examinait en place, phénomène qui a été, du reste, signalé.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Le malade n'a pas eu de fièvre, il n'a pas beaucoup souffert. On laissa le pansement en place pendant 6 jours consécutifs, en maintenant la constipation par l'administration d'une potion opiacée. Le septième jour, on administra un purgatif et le malade était dès lors, guéri. Il est resté une quinzaine de jours dans la salle, et, pendant ce court espace de temps, il a repris des couleurs et son embonpoint, et il est sorti complètement guéri.

La pièce a été examinée dans le laboratoire de la Clinique, par M. Latteux, qui a bien voulu nous donner le résultat de cet examen, que nous reproduisons d'après sa note. « La pièce ayant été durcie par les procédés habituels

(alcool, gomme picrique, alcool absolu) nous avons pratiqué des coupes en divers sens et les préparations ont été montées dans la glycérine après coloration, soit au picrocarminate, soit à l'hématoxyline. L'aspect est nettement glandulaire. On reconnaît immédiatement que l'ensemble du tissu est formé par l'hypertrophie de la couche glandulaire de l'intestin, dont les éléments se montrent, soit coupés en long, soit coupés en travers. Il n'existe aucun néoplasme analogue à ceux que l'on rencontre dans les épithéliomes du rectum; les éléments sont ceux-là même qu'on trouve normalement dans la région, mais augmentés en nombre et surtout en dimension. A un grossissement de 500 diam., l'épithélium qui tapisse les mamelons de la surface de la tumeur est cylindrique et entre ses cellules s'en montrent d'autres, vésiculaires et gonflées de mucus. Ce sont elles qui sécrètent cette matière gluante, dont on parle dans l'observation. Quant au tissu conjonctif ou stroma, il est infiltré de nombreuses cellules embryonnaires et montre un assez grand nombre de vaisseaux dans son épaisseur. »

RÉFLEXIONS. — Il s'agit, en somme, d'un gros adénome du rectum chez un adulte. Ce polype offre certaines particularités dignes de fixer l'attention. Remarquons d'abord que les polypes du rectum sont rares chez l'adulte, à tel point que certains auteurs s'accordent à les regarder comme l'apanage presque exclusif de l'enfance. Cette opinion, trop absolue, a été depuis combattue par plusieurs auteurs, qui ont signalé des polypes chez l'adulte et même chez le vieillard (Allingham, Gosselin). Depuis que M. le professeur Trélat est à Necker, c'est la seconde fois qu'il observe un polype du rectum chez l'adulte. Le premier qu'il a vu avait le volume d'une noix, il a été enlevé avec la plus grande facilité. Dernièrement encore M. Pozzi appelait l'attention de la Société de chirurgie sur un petit polype du rectum, qu'il enleva chez l'adulte. Il n'en est pas moins vrai que ces faits restent exceptionnels, et la raison de cette rareté chez l'adulte doit être attribuée, selon le professeur Trélat, à ce fait qu'on enlève dans l'enfance les petits polypes du rectum. Au point de vue du *volume* de notre polype, M. le professeur Trélat affirmait que c'est le plus gros polype qu'il ait jamais vu, il offrait donc un volume absolument exceptionnel. Le point d'implantation des polypes du rectum siège en général de 2 à 5 centi-

mètres de l'orifice anal. L'implantation du pédicule au-dessus de 6 à 7 centimètres est très rare. Notre polype s'insérait à 8 centimètres de l'anوس environ. C'est encore une particularité qui mérite d'être signalée. Enfin, contrairement à la règle, ce pédicule s'insérait non aux parois latérales, mais à la paroi antérieure du rectum. Si maintenant on consulte les auteurs classiques, on trouve signalés des gros polypes de l'adulte, mais tous ces gros polypes étaient des polypes fibreux. Le nôtre offre cette particularité remarquable, qu'avec une structure folliculaire des plus manifestes, il offre en même temps un volume insolite.

12. Grosse hernie inguinée scrotale droite, accompagnée de phénomènes d'étranglement. — Opération. — Engouement. Mort le lendemain, par G. PHOCAS, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté (1).

Le nommé Buon, Louis, âgé de 73 ans, marchand des quatre saisons, est entré le 21 janvier 1884, salle Saint-Pierre (service de M. le professeur U. TRÉLAT).

C'est un homme maigre qui, depuis une trentaine d'années, avait une hernie non contenue dans un vaste suspensoir. Depuis quatre jours, la hernie est devenue beaucoup plus volumineuse et ne pouvait plus entrer. Cette irréductibilité et cette augmentation de volume, accompagnées de quelques douleurs, sont survenues sans cause connue pour le malade. Depuis ce jour, l'appétit s'est perdu, la constipation est devenue opiniâtre et le malade ne rendait plus de gaz par l'anوس. Il vomissait ses aliments.

Etat actuel. Hernie inguino-scrotale droite du volume d'une tête d'enfant environ. Les téguments du scrotum sont tout à fait à l'état normal. A la palpation, on trouve la hernie un peu étendue, un peu lobulée vers sa partie inférieure.

On peut reconnaître le testicule, qui occupe sa place habituelle, près de la racine de la verge. A la percussion, la matité est complète partout. La hernie est à peine douloureuse spontanément, et on peut provoquer une légère douleur au niveau du pédicule, qui est gros comme le pouce. Le ventre est légèrement ballonné, sonore à la percussion. Pas de selles ni de gaz par l'anوس. Vomissements bilieux

(1) Observation relative à une communication faite en janvier 1884.

précédés de nausées, réveillés surtout par la déglutition des boissons. Langue sèche. Appétit perdu. Soif.

Phénomènes généraux. Les extrémités sont refroidies; le thermomètre marque $36^{\circ},4$ à l'aisselle; le pouls est petit et fréquent. Le malade, anxieux, présente des traits tirés. M. Trélat, qui examine à ce moment le malade, prenant en considération l'âge avancé, la grosseur et l'absence de tension de la hernie, diagnostiqua une hernie *enflammée* et ordonna des applications de glace.

22 janvier. La nuit a été mauvaise; les signes généraux ne firent que s'accroître davantage; le malade était abattu, les nausées plus fréquentes; les vomissements étaient devenus verdâtres et ressemblaient aux vomissements féca-loïdes, sans en avoir cependant tout à fait l'aspect ni le goût désagréable pour le malade, et celui-ci continuait à ne pouvoir aller à la selle, ni émettre de gaz par l'anus. L'état local ne s'est pas manifestement modifié, sauf un peu de douleur plus accentuée, au niveau du pédicule. M. Trélat discute alors l'hypothèse de l'étranglement et pose la question de l'intervention chirurgicale. (Leçon clinique du 22 janvier.) Il ne peut croire à un véritable étranglement d'une hernie qui n'est pas tendue. Pour expliquer les phénomènes généraux, il émet deux hypothèses: ou bien, derrière cette grosse épiplocèle (en raison de sa matité) une petite anse intestinale est venue brusquement s'étrangler soit dans l'anneau, soit dans un orifice accidentel, ou par une bride de l'épiploon, ou encore un orifice du sac ou un double sac; ou bien, ce qu'il considérerait comme très peu probable, les accidents généraux dépendaient d'une occlusion intestinale, dans un autre point de la cavité abdominale que la hernie. Cette dernière hypothèse avait contre elle la localisation de la douleur au niveau du pédicule de la hernie, d'une part, et, d'un autre côté, la simultanéité d'apparition des accidents généraux avec l'augmentation de la hernie ancienne. Aussi, cette hypothèse fut-elle rejetée, et une intervention prompte fut jugée nécessaire.

Le 22 janvier, vers onze heures du matin, le malade fut apporté à l'amphithéâtre et chloroformé un peu difficilement. M. Trélat procéda alors à quelques tentatives de taxis, qui restèrent infructueuses. Alors, il intervint de la manière suivante: Une incision parallèle au pédicule de la tumeur fut conduite jusqu'au tiers inférieur des bourses, de la longueur de 10 centimètres environ. La peau et les couches sous-cutanées (graisse, lacis vasculaire) divisées, on arrive assez vite sur la face externe du sac, qui a été

ponctionné et incisé ensuite dans toute son étendue, après avoir été soulevé. A peine le sac fut-il ouvert, qu'on voit s'échapper une anse d'intestin grêle, longue de 20 centimètres environ, et qui tend à faire hernie au dehors. Elle fut maintenue par les mains d'un aide, pendant que l'opérateur constatait que l'orifice et le collet du sac étaient larges et ne pouvaient opposer aucune résistance à la réduction. En attirant vers lui l'anse intestinale, il a pu constater qu'il existait une ligne de séparation plutôt qu'un véritable sillon au niveau du point où l'anse était pressée. Au delà de ce point, sa couleur était rouge violet. Au delà, elle était d'un rose rouge, tuméfiée, considérablement distendue par des gaz. Il s'écoula, en même temps, de cette portion du sac un liquide séro-sanguinolent. La réduction de cette anse fut donc pratiquée sans aucun débridement. Alors, on constata que dans la portion inférieure du sac il restait une masse épiploïque considérable longue de 35 à 40 centimètres environ, qui, soulevée, laissa voir une portion du gros intestin, qu'il était facile à reconnaître comme étant constitué par le côlon transverse. La coloration de cette portion du côlon était pâle et ne paraissait être le siège d'aucun phénomène inflammatoire. De cette portion du sac, qui formait, selon l'opinion du professeur Trélat, la vieille hernie, il s'écoula une matière citrine, tout à fait différente de la sérosité séro-sanguinolente que nous avons vue s'écouler de la première portion du sac. L'épiploon fut alors excisé, après avoir pratiqué plusieurs sutures partielles au catgut. Le côlon fut réduit. La paroi du sac, épaissie, fut énucléée et séparée avec les doigts des enveloppes du sac; elle fut excisée jusqu'au niveau du pédicule du sac. Ce pédicule fut lié en bourse, comme pour former une espèce de bandage provisoire, et les sutures superficielles et profondes furent posées. Deux gros tubes de caoutchouc établis pour assurer l'écoulement des liquides et un pansement de Lister terminèrent l'opération.

Le malade a souffert pendant deux heures environ depuis l'opération. Une heure après, il allait abondamment à la selle en diarrhée. A cinq heures du soir, il allait encore à la selle. Le soir du 22, nous le trouvâmes dans un état bien meilleur. Il était soulagé, ne souffrait plus, répondait bien aux questions qu'on lui posait, son ventre n'était pas douloureux. Les vomissements avaient cessé. T. A. 36°,6. P. 100, bien frappé.

23 janvier. A la visite du matin, T. A. 37°,2. Il souffre modérément du ventre. Vomit les liquides qu'il prend. On change le pansement de Lister, selon l'habitude de M. Tré-

lat, qui consiste à changer toujours le pansement souillé le lendemain de l'opération. La plaie est en bon état. (Extrait de thébaïque, 10 centigrammes.) A la visite du soir, T. 36°,6. Pouls à 120, petit. Les souffrances ont repris. Il se plaint beaucoup de son ventre. Il est agité et vomit ce qu'il prend.

Mort à cinq heures du matin le 24 janvier.

AUTOPSIE le 25 janvier. — La réunion profonde de la plaie commence à s'effectuer. Les parois abdominales incisées, on découvre assez facilement l'anse de l'intestin grêle, qui a été engouée. Elle est rouge, tuméfiée, remplie encore de gaz, sans perforation ni péritonite récente. A ses deux extrémités, il existe un petit sillon plus rouge, au niveau du point où elle a été comprimée. Le reste des circonvolutions intestinales présente une couleur normale. Il existe quelques fausses membranes récentes sur d'autres. Liquide séreux dans le péritoine, en petite quantité. On trouve le côlon transverse avec ce qu'il reste d'épiploon. non réséqué. Le cœcum est à sa place, et en rétablissant les rapports de la hernie, on voit que le côlon transverse formait un coude et entraînait avec lui le côlon ascendant, tandis que le cœcum occupait sa place. Il est encore facile à vérifier que les anneaux sont larges, et qu'il n'y a pas d'agent d'étranglement au niveau du collet du sac. C'était une hernie inguinale oblique externe.

Cavité thoracique. Poumon gauche fixé dans toute son étendue par des adhérences anciennes. Pas de tubercules congestionnés. — *Poumon droit.* Congestion à la base. Emphysémateux à sa partie antérieure. — *Cœur.* Athérome de l'aorte au niveau des sigmoïdes, sans insuffisance mitrale épaissie. — *Reins* normaux. — *Rate* idem. — *Foie* très friable. Vésicule remplie de bile, sans calculs.

RÉFLEXIONS. — Cet homme avait une hernie ancienne formée par le gros intestin. A cette hernie est venue se surajouter une anse de l'intestin grêle, et c'est elle qui a produit les accidents. Tous les phénomènes observés étaient des phénomènes d'obstruction mécanique, et cette obstruction était causée par l'anse de l'intestin grêle. Cette anse, une fois engagée à travers le collet du sac, est restée fixée par le développement de gaz dans sa cavité, sans autre agent d'étranglement. Il s'agit en somme d'un cas d'engouement gazeux. Si le diagnostic exact eût été fait, la conduite à tenir eût été autre. On aurait insisté davan-

tage sur le taxis simple, ou sur l'opération de J. C. Petit. Enfin, une ponction simple aurait probablement suffi, comme dans une observation qu'on trouvera insérée dans les *Bulletins de la Société anatomique* pour l'année 1869, communiquée par M. Ledsberder, et où M. Trélat a dû faire une ponction pour faire entrer une anse d'intestin grêle engouée. Néanmoins, on peut affirmer que le malade a succombé à la durée trop longue des phénomènes d'obstruction et à la péritonite consécutive. Maintenant, pourquoi le diagnostic n'a-t-il pas été fait? Pour deux raisons : 1° La tumeur était mate, on ne sait pas pourquoi. 2° On n'a pas assez résisté à cette matité, et on ne s'est pas assez rappelé ce fait que M. Trélat voudrait ériger en axiome, savoir : que dans les très grosses hernies il y a toujours de l'intestin ; en d'autres termes, que les très grosses hernies sont toujours des entéro-épiplocèles ou des entérocéles. En terminant, qu'il nous soit permis d'attirer l'attention sur cette vieille hernie du colon transverse, en raison de la rareté de pareils faits.

13. Rupture de la vessie ; par M. H. VARNIER, interne des hôpitaux.

Ruffet, 35 ans, mégissier, est admis à l'hôpital Cochin le mercredi 25 juin, vers midi ; il a été pris brusquement de rétention d'urine lundi dans la nuit, et je le trouve à son entrée dans l'état suivant : Faciès et pouls abdominal, refroidissement des extrémités, sueurs profuses. Le ventre, très ballonné, est tellement sensible, que la moindre pression sur l'hypogastre et dans les flancs arrache des cris au patient. Absence complète de vomissements depuis le début des accidents ; diarrhée. D'une bonne santé habituelle, n'ayant eu ni la chaudepisse ni la syphilis, ce malade n'a jamais rien présenté d'anormal du côté de ses voies urinaires. Il urinait très facilement, n'a jamais eu de rétention, ni d'hématurie avant le début des accidents actuels. Aucun symptôme ne permet de supposer qu'on se trouve en présence d'une affection médullaire commençante. Dimanche dernier, il s'est enivré, mais pas jusqu'à perdre entièrement la raison ; il affirme n'avoir subi ce jour-là aucun traumatisme, n'avoir pas fait d'effort violent, ne pas être resté exposé au froid. Le lendemain, lundi 23 juin, il a travaillé comme d'habitude sans ressentir le moindre malaise ; vers cinq heures du soir, il a uriné sans difficulté ; l'urine avait son aspect normal.

Fatigué par l'orgie de la veille, R... se couche de bonne heure; vers minuit, il s'éveille et éprouve un besoin d'uriner qu'il ne peut satisfaire. Cette rétention d'urine persiste pendant toute la journée du mardi; au milieu de la nuit, le malade n'y pouvant plus tenir, envoie chercher un médecin qui, à l'aide d'une sonde de trousse, lui retire environ deux verres d'urine teintée de sang; R... assure que les premières gouttes ainsi retirées de sa vessie étaient rouges et qu'il n'a ressenti aucune douleur pendant le cathétérisme. Il a été un peu soulagé par cette intervention, mais bientôt les douleurs revinrent plus vives, et ce matin, le malade s'est décidé à venir à l'hôpital.

J'essaye en vain de me rendre compte de l'état de la vessie et de l'abdomen : la percussion et la palpation sont tellement douloureuses que, dès qu'on touche le ventre, les muscles se tendent de façon à empêcher tout examen. Le toucher rectal ne fait découvrir ni augmentation de volume de la prostate, ni saillie anormale du bas-fond vésical. L'urèthre, exploré à l'aide d'une bougie à boule n° 12, ne présente aucune trace de rétrécissement. Je passe sans aucune difficulté une sonde en gomme élastique et je retire de la vessie un litre d'urine sanguinolente, qui conserve la même teinte du commencement à la fin; puis l'écoulement s'arrêtant, je mets fin au cathétérisme; la région hypogastrique paraît moins tendue, mais les douleurs à la pression sont toujours aussi vives, de telle sorte que je ne puis me rendre compte de l'état de la vessie; le malade se trouve soulagé. Le soir, 39°; pouls petit, fréquent. Respiration un peu accélérée, un peu de congestion pulmonaire. Ventre toujours distendu et très douloureux à la pression. Pas de vomissement, diarrhée. Le cathétérisme pratiqué à l'aide d'une sonde en gomme, permet d'extraire environ un litre d'urine, présentant toujours la même teinte uniformément rouge du commencement à la fin. L'urine coule en bavant; si l'on essaye d'appuyer légèrement sur l'hypogastre pour accélérer l'écoulement, on détermine de vives douleurs et des érections. L'écoulement ne se fait plus bientôt que goutte à goutte; je retire la sonde avant qu'il ait complètement cessé. Le soir, à onze heures, l'interne de garde sonde le malade et extrait un demi-bassin d'urine toujours sanguinolente.

Le 26 au matin, l'état de R... s'est un peu aggravé; le ventre, toujours très distendu, est plus douloureux; le refroidissement des extrémités persiste et s'accompagne d'un léger degré de cyanose; sueurs froides. T. 36°,4. Diarrhée abondante et jaunâtre. Respiration fréquente; râles fins

et nombreux aux bases. Ni vomissements, ni hoquet.

M. Théophile Anger sonde le malade avec une sonde en gomme, après avoir en vain essayé de délimiter la vessie par la percussion et la palpation; cinq litres d'urine sanguinolente s'écoulent d'une façon continue, sans modification correspondant aux mouvements de la respiration. A mesure, le ventre s'aplatit; il nous paraît évident qu'à chaque cathétérisme précédent, on a laissé dans la vessie une quantité considérable d'urine. Le liquide retiré se coagule en masse par la chaleur et l'acide nitrique. On injecte dans la vessie, après cessation de l'écoulement, deux seringues contenant chacune 100 grammes d'eau boriquée; chaque fois, l'injection revient entièrement, ramenant quelques caillots et un peu de pus. Pendant ces manœuvres, le malade n'accuse aucun malaise. Tout au contraire, il se trouve beaucoup mieux; la respiration est moins accélérée, le pouls s'est relevé; la palpation et la percussion de l'abdomen sont parfaitement tolérées; la pression n'est presque plus douloureuse. La vessie est cachée derrière le pubis: tout l'abdomen, revenu sur lui-même, présente sa sonorité normale.

Le soir, à la contre-visite, le mieux persiste au dire du malade; le ventre est normal, peu douloureux; ni vomissements, ni hoquet; la diarrhée continue. T. A. 37°.5. Cependant, le faciès péritonéal persiste; le pouls reste petit et à 120; refroidissement des extrémités et légère teinte cyanique. Le cathétérisme donne issue à un demi-litre d'urine sanguinolente. Je fais deux nouvelles injections boriquées, lentement, à petits coups; elles reviennent très bien, en ramenant quelques caillots et un peu de pus.

Le 27 matin, T. 38°; le malade a été très agité toute la nuit; il a eu cinq ou six selles diarrhéiques depuis hier; pas de vomissements; refroidissement et sueurs profuses. Le malade, qui a sa pleine connaissance, dit qu'il souffre à peine; la pression du ventre n'est pas très douloureuse; la respiration est fréquente, le pouls petit et accéléré. Je pratique le cathétérisme sans rien pouvoir tirer de la vessie. Croyant la sonde obstruée par des caillots, je fais successivement et toujours avec précaution trois injections boriquées, qui reviennent très bien teintées de rouge, et ramènent quelques caillots, mais pas une goutte d'urine. M. Th. Anger, quelques minutes après, fait un nouveau cathétérisme sans plus de résultat.

Le malade meurt dans l'après-midi sans avoir présenté aucun symptôme nouveau digne d'être noté.

AUTOPSIE 12 heures après, avec l'aide de notre collègue Babinsky, préparateur du professeur Cornil. — Il n'existe en aucun point du corps la moindre trace de contusion; la paroi abdominale, examinée avec soin, ne présente pas d'infiltration sanguine; le squelette du bassin est intact. Péritonite généralisée, dont le maximum des lésions siège vers le petit bassin, où l'on trouve environ deux litres de liquide séro-purulent non teinté de sang, sans odeur ammoniacale.

L'examen attentif du cœcum et de son appendice ne permet de découvrir aucune perforation. Après avoir soulevé le paquet intestinal, on aperçoit dans le petit bassin la vessie revenue sur elle-même, cachée derrière le pubis. Près de son sommet, à la partie supérieure de sa face postérieure, un peu à gauche, il existe une perforation béante de la largeur d'une pièce de cinq francs; les bords, nullement amincis, en sont un peu déchiquetés et ecchymosés; il s'agit bien évidemment d'une déchirure intéressante dans une étendue égale, toutes les membranes de la vessie; il n'y a pas trace de gangrène. On enlève alors la vessie avec l'urètre; l'incision de l'urètre montre qu'il est absolument sain; il en est de même de la prostate. Tout ce qu'on trouve à noter, c'est une légère teinte ecchymotique au niveau de la partie la plus déclive de l'urètre. Pas de rétrécissement, pas d'ulcérations ni de fausses routes. La vessie est vide; incisée, elle présente une muqueuse tout à fait saine. La perforation se montre avec des caractères identiques à ceux que nous avons signalés du côté du péritoine. Pas d'ulcération au pourtour de la perforation; pas de trace de sphacèle au niveau des bords; la déchirure est nette; aucune cellule. Sur la coupe, la musculature présente son aspect et son épaisseur normaux. Les uretères ne sont pas dilatés; leur orifice vésical est normal. Les reins, sains, sont un peu congestionnés. Pas trace de tubercules dans l'appareil génito-urinaire. Le foie, la rate, le cœur et le cerveau ne présente rien à signaler.

L'intestin a été incisé dans toute sa longueur; nous avons rencontré dans l'iléon trois ulcérations; la plus grande est perpendiculaire à l'axe de l'intestin, dont elle fait complètement le tour. Ces ulcérations ont de 2 à 3 millimètres de large; elles sont peu profondes, les bords en sont déchiquetés et on croit y reconnaître à l'œil nu des granulations tuberculeuses. Du côté de la surface péritonéale, elles s'accusent par une injection plus marquée que sur les parties environnantes. Aucune trace de perforation.

Au sommet des deux poumons, il existe des tubercules;

à la base droite, il existe un léger épanchement et des adhérences pleurales déjà anciennes.

RÉFLEXIONS. — En résumé, à l'autopsie d'un homme de 35 ans, pris en pleine santé et probablement par suite d'un excès de boisson, de paralysie vésicale et de rétention d'urine, nous trouvons une perforation de la vessie. La lecture attentive de notre observation montrera qu'il n'existait ici aucune des causes auxquelles on attribue depuis la thèse de Hoef le ruptures de la vessie.

Sous quelle influence peut s'être produite cette perforation ? Le cathétérisme pratiqué en ville à l'aide d'une sonde métallique ne nous semble pas devoir être incriminé. Si, en effet, nous nous reportons au mémoire de Weiger (*Über ein Gefahr des Katheterismus bei Blasenlähmung* — in *Breslauer aerzt. Zeitsch.*, 1879), nous voyons que les perforations qu'il a rencontrées à l'autopsie des malades morts avec de la paralysie vésicale et qu'il attribue au traumatisme opératoire, favorisé sans doute par l'insensibilité et l'inertie de la vessie, étaient petites, difficiles à découvrir à la face interne de l'organe, souvent masquées du côté du péritoine par des fausses membranes. Comment d'ailleurs admettre qu'une sonde, si longue soit-elle, ait pu atteindre la vessie près de son sommet, alors que celle-ci était distendue par l'urine accumulée depuis plus de vingt-quatre heures. N'aurions-nous pas plutôt, s'il s'agissait d'une perforation, suite de cathétérisme, une déchirure siégeant non loin du trigone, près de la face antérieure ? Enfin, le malade n'aurait-il pas accusé, au moment de ce cathétérisme brutal, des douleurs extrêmement vives ? Or, il n'a, dans aucun des interrogatoires qu'il a subis, appelé l'attention sur un fait de ce genre.

S'agit-il donc ici d'une rupture par surdistension de la vessie ? Bien que cette étiologie soit révoquée en doute par les classiques, c'est celle à laquelle nous nous rattacherions le plus volontiers avec M. Th. Anger. Ce mécanisme est en effet le seul qui nous semble expliquer et notre cas et un autre absolument semblable, publié par Mac Ewen dans *The Lancet* du 27 septembre 1873 : « La vessie, dit cet auteur, contractée et profondément cachée dans la cavité pelvienne, présentait à la jonction du tiers supérieur et moyen de sa face postérieure, un peu à gauche de la ligne mé-

diane, une ouverture intéressant toutes les couches de la vessie et le péritoine; et suffisamment large pour admettre la pulpe du doigt. Elle faisait communiquer la vessie et la cavité abdominale. Il n'y avait pas trace de maladie actuelle, pas d'ulcérations, pas d'apparence de gangrène. L'urèthre était sain. Une sonde n° 10 fut passée dans l'urèthre et pénétra d'elle-même dans la vessie. Il n'y avait ni rétrécissement ni obstruction, pas de fausses routes. Pas traces de contusion de l'abdomen. Le malade, âgé de 19 ans, robuste, jouissant d'une bonne santé, avait été pris de rétention d'urine à la suite d'une orgie faite cinq jours avant la mort. On peut se demander, ajoute Mac Ewen, si la paralysie temporaire, d'origine alcoolique, serait suffisante pour une rupture de la vessie par surdistension.

M. CORNIL pense qu'il faudrait chercher avec un soin particulier si la rupture de la vessie n'était pas due à des ulcérations tuberculeuses; il y avait en effet des tubercules aux sommets des poumons.

14. M. BARBIER montre un cas de hernie inguinale droite dans lequel l'anse étranglée s'était insinuée au-dessous d'une bride tendue à l'entrée d'un sac diverticulaire.

15. M. VALUDE fait voir une tumeur osseuse de l'omoplate enlevée par M. Verneuil. La surface libre est recouverte d'une couche de cartilage revêtue elle-même d'une lame fibreuse.

16. M. CORNIL montre les préparations histologiques d'une tumeur en chou-fleur du sinus maxillaire enlevée par M. Verneuil. Cette tumeur avait rempli complètement le sinus et déformé le côté correspondant de la face. Il ne s'agissait pas d'un polyadénome, comme on aurait pu le penser *a priori*, mais de papillomes pédiculés partant d'un point commun d'implantation.

Ces végétations polypiformes étaient recouvertes d'un épithélium stratifié cylindrique dans les couches profondes, aplati dans les couches superficielles. On pouvait, dans les couches moyennes de cet épithélium, suivre nettement la division des cellules par cariokynèse, par le procédé étudié surtout par Julius Arnold pour les éléments de la rate et de la moelle des os. Dans les noyaux, la substance

chromatique se disposait d'abord à deux pôles opposés, par masses isolées, puis la segmentation se faisait, laissant chaque masse devenir le centre du noyau nouveau.

17. Sarcome ostéo-périostique non généralisé. — Amputation de jambe; par M. M. DÉNUCKÉ, interne des hôpitaux.

Blanche M....., [18 ans. Aucun antécédent scrofuleux, scarlatine à 16 ans.

En décembre 1883, elle éprouva des *douleurs lancinantes* revenant par crises : ces crises, d'une durée de deux ou trois jours chacune, étaient séparées par des périodes de calme de huit à dix jours. Les douleurs siégeaient d'abord au niveau de l'articulation du genou droit, peu à peu le niveau de leur siège s'abaissa pour se fixer, en février 1884, à la malléole interne. Un peu au-dessus de la malléole, en mars, les téguments devinrent rouges, puis violacés. Il se forma en ce point, sur la face interne du tibia, un empâtement profond peu accentué qui atteignit rapidement le volume d'un œuf. Au commencement de juin, un médecin consulté crut à la présence d'un abcès, et pratiqua une incision. Il ne s'écoula que du sang. La plaie ne se referma pas et donna passage à un bourgeon mou, légèrement fongueux, de consistance molle, de couleur grisâtre. — La malade entra à l'hôpital Necker, le 28 juin 1884, et fut placée dans le service de M. le professeur Trélat, salle Ste-Marie, lit n° 3.

A son entrée, la malade est légèrement amaigrie et anémiée. Aucun signe de complication viscérale. A la partie inférieure de la *jambe droite*, elle porte une *tumeur* formée de deux parties, une masse principale, du volume d'un œuf, siégeant au-dessus et en avant de la malléole interne, portant à sa partie culminante le bourgeon auquel l'incision sus-mentionnée a livré passage, et un prolongement, de forme cylindrique, se détachant de cette masse et dirigé en bas, en avant et en dehors, vers la malléole péronière. La consistance de la tumeur est assez ferme, sa limitation assez nette, sauf au niveau de la malléole externe qui paraît repoussée en dehors. Par sa partie profonde, elle paraît fixée au tibia, et probablement au péroné. Pas de ballottement astragalien. *Ganglions inguinaux* peu volumineux et pas très durs.

M. le professeur Trélat diagnostiqua un *sarcome d'origine périostale*, sans retentissement général, et pratiqua

l'amputation de la jambe au lieu d'élection, le 1^{er} juillet 1884.

Aujourd'hui (18 juillet), la malade, quoique la réunion par première intention n'ait pu être obtenue, et que la température ait pendant huit jours oscillé entre 39 et 40, va assez bien.

Dissection de la pièce. Les muscles amincis sont repoussés par la tumeur et ne lui adhèrent pas. Celle-ci a la forme décrite avant la dissection. Elle est parfaitement limitée. La consistance est assez dure. En fendant de haut en bas la masse principale, on constate qu'elle est formée d'un tissu à demi mou, ne contenant pas d'aiguilles, soit calcaires, soit osseuses sur la face externe du tibia, près du bord antérieur, un peu au-dessus de la malléole, la tumeur a creusé un orifice de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, par lequel elle a envoyé un prolongement dans l'épaisseur de l'os. Dans le reste de son étendue, l'os, quoique rugueux, a conservé sa consistance normale. De même les face interne et antérieure de la malléole péronière sont envahies par le néoplasme. En fendant le tibia, on constate que l'extrémité inférieure du canal médullaire est occupée par un prolongement de la néoplasie. Celle-ci a envahi l'épiphyse inférieure et, détruisant la partie externe de la surface articulaire, a envahi l'articulation tibio-tarsienne ; la partie supérieure de l'astragale est également détruite par la tumeur.

L'examen histologique fait reconnaître que la tumeur est un sarcome fasciculé. Il a dû débiter par le périoste de la région sus-malléolaire tibiale, et de là s'étendre et envahir d'abord le tibia par les os voisins. Outre les cellules fusiformes, habituelles dans cette forme de sarcome, le tissu contient de nombreux myéloplaxes : quelques vaisseaux à parois embryonnaires et de nombreuses lacunes vasculaires nettement en rapport avec les myéloplaxes.

18. Sarcome ostéo-périostique à généralisation rapide ;
M. M. Dénucé, interne des hôpitaux

X..., 17 ans, agriculteur, entre le 10 juin 1884, salle St-Pierre, lit n° 49 (service de M. le professeur TRÉLAT), hôpital Necker. Aucun antécédent, ni héréditaire, ni personnel.

Il y a neuf mois environ, le malade ressentit à l'extrémité inférieure du fémur gauche, des douleurs, d'abord légères, puis qui s'accrochèrent progressivement. Ces douleurs spontanées s'exaspéraient par la marche et la pression. Deux

mois après, le malade remarqua une augmentation du volume de la région ; il décrit cette augmentation de volume comme une sorte d'empâtement d'abord profond, puis de plus en plus superficiel et arrivant assez vite à déformer la région. Sur ces entrefaites, et à peine cinq mois après le début primitif, X... ressentit de la difficulté dans la mastication qui bientôt devint douloureuse. Vers le sixième mois, apparut vers l'union de la branche gauche et du corps du maxillaire inférieur une tumeur, mal limitée, dont le volume d'abord peu important s'accrut avec rapidité, faisant saillie aussi bien vers la partie externe de la région que dans la cavité buccale. En ce dernier point, en avant de la branche montante, la muqueuse s'ulcéra, donnant passage à des bourgeons fongueux, mous, très vasculaires, saignant au moindre contact. Ces hémorrhagies devinrent très fréquentes et abondantes. Le malade affaibli, cachectique, entra à l'hôpital. A ce moment il n'avait présenté aucun symptôme pulmonaire.

A son entrée, on constate que la cuisse gauche, dans son tiers, presque sa moitié inférieure, est très volumineuse, comparée au membre opposé. La région est le siège d'une tumeur profonde, semblant fixée profondément à l'os, et l'engainant dans toute sa circonférence. Cette tumeur est sous-jacente aux masses musculaires qui se meuvent sur elle. En bas, elles s'arrêtent aux condyles, en formant au-dessus d'eux un bourrelet très appréciable en haut, elle s'effile, et son extrémité se confond peu à peu avec l'os. Du côté du maxillaire, on trouve une deuxième tumeur dans la région notée plus haut. Du volume de la paume de la main, cette tumeur détermine une déformation appréciable à la vue. Au toucher, on reconnaît qu'elle occupe toute la branche montante gauche du maxillaire inférieur, se prolongeant en bas vers l'angle, en haut vers la région temporale. D'une consistance assez ferme, elle est mal limitée. Elle est fixée par sa partie profonde, mais les téguments à sa superficie jouissent d'une certaine mobilité. Dans la cavité buccale, on voit les bourgeons dont j'ai déjà parlé.

L'abondance des hémorrhagies mettant la vie du malade en danger immédiat, M. le professeur Trélat se décide à pratiquer la résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur. L'opération ne peut être complétée à cause des prolongements volumineux que la tumeur envoie en haut et en arrière. Ceux-ci sont cautérisés au thermo-cautère.

A la suite de cette opération, les hémorrhagies ont cessé. Mais le lendemain, le malade fut pris de *dyspnée grave*

avec point de côté à droite, et crachats fétides. A la percussion, matité dans toute la hauteur du poumon droit. A l'auscultation, râles humides d'autant plus prononcés qu'on ausculte plus haut, et se rapprochant du type des râles secs, ronflants et sibilants à mesure qu'on se rapproche de la base. Suppression des vibrations vocales en haut. Augmentation de ces mêmes vibrations et bronchophonie à la base.

Le malade opéré le 24 juin mourut le 27.

Description de la pièce opératoire. Dans l'angle rentrant formé par la branche montante gauche et le corps du maxillaire, se trouve le point d'attache de la tumeur. Celle-ci, assez bien limitée en bas, est de consistance assez ferme : sa couleur est gris rosé : son volume égale presque celui d'un œuf. Sa surface, arrondie, est régulière, légèrement mamelonnée. A mesure qu'elle s'élève, empiétant sur les deux faces de la branche montante, mais particulièrement sur la face externe, recouvrant son bord antérieur, sa délimitation devient de moins en moins nette. Ces prolongements irréguliers s'insinuent entre les faisceaux musculaires voisins. La plupart d'entre eux, abandonnés pendant la dissection première de la tumeur, ont dû être poursuivis ultérieurement. Un de ces prolongements suivant le bord antérieur de l'apophyse coronoïde s'élevait vers l'apophyse zygomatique et la fosse temporale.

En examinant de près la tumeur, il est facile de reconnaître qu'elle est reliée à l'os par un pédicule assez étroit. L'ablation de la portion principale permet d'étudier la disposition de ce pédicule par rapport à l'os.

Jusqu'à la première grosse molaire, le maxillaire ne présente rien de particulier ; immédiatement en arrière de cette dent, on trouve une solution de continuité occupant tout le bord alvéolaire jusqu'au canal médullaire, en profondeur, jusqu'à la branche montante en arrière. Cette cavité est limitée en avant par la molaire, et latéralement de chaque côté par les tables externe et interne de l'os. Elle communique, en outre, largement avec une autre solution de continuité, creusée sur la face buccale de la table interne du corps du maxillaire. Cette solution de continuité part en avant et en haut de la molaire, descend de façon à occuper toute la hauteur de l'os et empiète légèrement sur la branche montante. Sa face profonde est formée par une tablette osseuse, reste de la table interne profondément corrodée, et ayant même disparu à sa partie supérieure, de façon à établir la communication mentionnée. En haut, la partie antérieure du rebord alvéolaire interne subsiste,

formant un pont incomplet et irrégulier. En avant, la tablette la plus interne de l'os est rejetée en dedans, formant une sorte de rebord irrégulier.

Les lésions les plus avancées occupent donc la face interne de l'os. Il est probable que la tumeur a débuté dans la couche sous-périostée interne : de là elle a envahi la table interne, puis le canal médullaire, d'où la chute des dents a permis une issue facile par le rebord alvéolaire.

AUTOPSIE. — Rien dans les cavités *crânienne* et *abdominale*. Dans la cavité *thoracique*, le poumon gauche est sain. Il n'en est pas de même du poumon *droit*. L'extraction de celui-ci est rendue très difficile par des adhérences pleurales assez consistantes, et par les lésions mêmes du sommet du poumon réduit en une sorte de bouillie molle. L'extraction achevée, on constate que le poumon dans son tiers inférieur renferme des nodules sarcomateux de plus en plus nombreux et volumineux à mesure qu'on s'élève. Dans le tiers moyen, ces noyaux sont si rapprochés qu'ils semblent former une masse néoplasique unique. Le tiers supérieur est totalement réduit en bouillie. Rien au péricarde ni au cœur. Un examen attentif des divers os du squelette ne fait pas reconnaître de lésions autre que celle du fémur droit. Cet os est enlevé.

La tumeur semble engainer la partie antérieure et inférieure de l'os, occupant les faces antérieure, externe et interne et ne laissant libre que la face postérieure, depuis les condyles jusqu'à la partie moyenne de l'os. Au-dessus de ce point, l'os paraît sain, puis la tumeur apparaît et va augmentant progressivement de volume jusqu'à son bord inférieur où sa circonférence atteint 26 centimètres. De dessous ce bord se dégagent les condyles dont les cartilages paraissent normaux. Les rebords postérieurs latéraux de la tumeur s'amincissent peu à peu pour se continuer insensiblement avec la face osseuse. La surface de la tumeur est régulière : sa consistance est ferme. — En la fendant avec un scalpel sur la face antérieure, on trouve une première zone, qui se laisse facilement entamer, quoique infiltrée de nombreuses aiguilles osseuses ; puis on arrive sur l'os : celui-ci plus dur se laisse néanmoins fendre sans difficulté. L'os est alors ouvert dans toute sa longueur. Au-dessus du néoplasme, le tissu osseux est sain. Au point où apparaît la tumeur, elle est extérieure à l'os, sous-périostée : celui-ci, d'abord normal, ne tarde pas à être injecté, couleur lie-de-vin ; puis, sa circonférence est entamée par le sarcome, dont des prolongements de plus en

plus volumineux pénètrent dans son épaisseur. Plus bas, et dans un espace de 0,09 centimètres, l'os est entièrement envahi par la tumeur, sauf dans sa face postérieure, injectée. Toute cette étendue est formée d'un tissu sarcomateux, à demi mou, traversé par des esquilles osseuses, plus ou moins volumineuses et irrégulières. La tumeur s'arrête brusquement, au niveau du cartilage épiphysaire, parfaitement reconnaissable. Au-dessous, le tissu osseux est intact, d'une couleur rosée : les cartilages articulaires sont sains.

Examen histologique. Les tumeurs du maxillaire et du fémur ont une structure identique. Sur des morceaux pris à la périphérie et ne contenant pas de particules osseuses, des coupes sont pratiquées après congélation. Coloration au picro-carmin. Montage dans la glycérine. L'examen avec un grossissement moyen (oc : 1 obj., 4 Verick) montre que, des deux côtés, on a affaire à un sarcome, on pourrait presque dire un fibro-sarcome, tant sur certains points la proportion de tissu fibreux est abondante, contenant de nombreux éléments cellulaires, arrondis, peu volumineux, pourvus d'un gros noyau (plus rarement de deux ou plusieurs), avec un nucléole très apparent. Quelques éléments plus volumineux, à plusieurs noyaux (myéloplaxie) sont visibles, mais ils sont assez rares. Peu de vaisseaux à paroi propre, mais de nombreuses lacunes, irrégulières ; la présence dans ces lacunes de globules sanguins déformés témoigne de leur rôle dans la vascularisation de la tumeur. Les aiguilles dures sont examinées après décalcification dans l'acide picrique (tumeur fémorale). Leur structure est nettement osseuse. Les canaux de Havers sont dilatés, et sur certains points forment des lacunes qu'emplissent des bourgeons sarcomateux. Ces deux tumeurs sont donc des sarcomes fascicules globo-cellulaires, contenant quelques myéloplaxes très peu nombreux. Les noyaux pulmonaires ont une structure analogue : ce sont des sarcomes globo-cellulaires purs.

En résumé, l'observation clinique montre que la maladie a débuté par le fémur. L'examen de la pièce prouve que la lésion a dû commencer par la couche sous-périostée. De là, la tumeur s'est étendue, envahissant d'une part cette couche dans une grande portion, et de l'autre s'infiltrant dans le tissu osseux qu'elle a peu à peu détruit. Seul, le cartilage de conjugaison a formé une barrière et résisté à l'envahissement de la néoplasie. D'un autre côté, peu de temps après ce début, la maladie a envahi le maxillaire inférieur et s'est développée rapidement. Enfin, sa généralisation n'a pas

tardé à atteindre le poumon ou les lésions, quoique ne s'étant révélé par aucun symptôme clinique, paraissent assez ancienne. On peut conclure de cette étude qu'on se trouvait en présence d'une de ces tumeurs osseuses particulières dont l'étude est toute récente, d'un sarcome ostéopériostique, remarquable surtout par la rapidité de la généralisation.

Le Secrétaire,

CHARRIN.

JUILLET

Séance du 4 juillet 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

1. **Sur la présence des micrococci pneumoniques dans la broncho-pneumonie de la rougeole**, par le D^r GIACOMO LUMBROSO (de Livourne, Italie).

La présence des micro-organismes dans le poumon des pneumoniques est un fait désormais bien démontré; je ne parlerai pas ici du rôle qu'ils peuvent jouer dans la production de cette maladie. Ces microbes, décrits par Klebs, Eberth, Koch, Friedländer, Talamon, Salvioli, ont été récemment étudiés en France par le D^r Afannassiew (de Saint-Petersbourg), au laboratoire d'anatomie pathologique de M. le professeur Cornil. D'après les conseils de M. Cornil, j'ai cherché si l'on rencontrait les mêmes microbes, ou des formes différentes dans les poumons des malades morts de broncho-pneumonie dans le cours de la rougeole. M. Richardière a bien voulu me fournir les matériaux nécessaires à mes examens.

Il s'agissait d'une petite fille, âgée de 3 ans, qui entra à l'hôpital le quatrième jour de sa maladie. L'éruption apparut le lendemain de son entrée; elle fut régulière et assez abondante, mais une broncho-pneumonie se manifesta et emporta la malade le huitième jour de son affection. A sa mort, on pouvait encore apercevoir des traces de taches éruptives. Pendant la vie, l'examen du sang, pris sur les papules et sur les doigts, a été complètement négatif.

L'AUTOPSIE, pratiquée 24 heures après la mort, fit reconnaître la broncho-pneumonie. A l'aide d'instruments stérilisés à la flamme d'une lampe, on prit du suc pulmonaire

•

dans les points hépatisés et on le fit sécher sur des lamelles. Des morceaux de poumon ont été conservés dans l'alcool absolu. Les lamelles, après une macération de 24 heures dans le bleu d'Hertesberg et dans le violet d'Erlich, furent placées dans la solution iodée, puis lavées à l'eau distillée. Celles qui avaient subi l'action du bleu furent décolorées par l'alcool absolu et par l'essence de girofle, puis montées dans le baume de Canada; les autres furent d'abord colorées par l'éosine, puis décolorées et montées de la même façon. Dans toutes les préparations, on a trouvé des micrococcus semblables à ceux qu'a récemment décrits M. Afanassiew, à savoir : 1° Des micrococcus ronds, de deux sortes, les uns plus petits, les autres plus gros; 2° Des micrococci ovoïdes (ceux de Friedländer, Talamon) : ils offrent des dimensions variables, et sont accolés très souvent deux à deux, rarement ils forment des chaînettes plus longues (1).

J'ai également pratiqué des coupes sur le poumon, et après 28 heures d'immersion dans les substances colorantes, je pus les examiner. Les colorations employées ont été le violet d'Ehrlich et le bleu d'Hertesberg; quelques coupes furent traitées par la solution iodée, d'autres colorées à deux reprises par la coccinine; enfin, craignant que l'alcool n'eût une influence fâcheuse sur la coloration des micrococcus, j'en ai séché d'autres et décoloré seulement à l'essence de girofle. Les préparations les meilleures ont été celles obtenues par le violet d'Ehrlich; dans toutes les autres, néanmoins, les micrococci apparaissent, mais en moindre quantité. Ces micrococci présentent les mêmes formes que ceux du suc pulmonaire précédemment décrits.

Ces faits me paraissent avoir assez d'importance pour m'engager à entreprendre des recherches plus complètes dans les cas de pneumonies et de broncho-pneumonies d'autres maladies infectieuses, afin de voir si l'on y rencontre toujours le micrococcus de la pneumonie, ou s'il en existe de différents. Mais les résultats obtenus jusqu'à présent porteraient à croire que ce n'est pas le virus de la rougeole qui se localise dans le poumon et qui engendre la pneumonie, mais que, dans ce cas, son action se borne à

(1) On m'a fait observer, que je n'avais pas essayé de faire ressortir la capsule décrite par Friedländer. Cette capsule, à laquelle, avec M. Afanassiew je ne donne aucune importance, j'ai pu la trouver en traitant mes préparations avec l'acétate de potasse : je n'ai cependant pas réussi à la bien colorer.

produire un terrain des plus favorables au développement des microbes pneumoniques. Je tâcherai de voir dans mes recherches ultérieures si ce micrococcus n'a pas une action différente de celui de la pneumonie franche.

Séance du 11 juillet.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

2. M. BARRAL présente une tumeur papillomateuse ayant son origine dans les méninges, qui comprimait le bulbe. Il s'agissait d'un enfant chez lequel on avait observé pendant la vie des accès convulsifs, de la paralysie faciale gauche, de l'hémiplégie du même côté et de l'hémi-parésie droite. La sensibilité était intacte, les réflexes conservés; il y avait de l'athétose du membre supérieur gauche.

3. M. RICHARDIÈRE fait voir les pièces anatomo-pathologiques d'un enfant de 3 ans 1/2, mort avec des phénomènes de méningite cérébro-spinale. Il y avait de la roideur du cou avec renversement de la tête en arrière. A l'autopsie on a trouvé de la méningite suppurée non tuberculeuse. Les poumons étaient absolument sains.

4. M. RICHARDIÈRE montre un cas de mal sous-occipital dans lequel il existait au niveau du collet du bulbe une compression par l'apophyse odontoïde. La moelle à ce niveau est évidemment ramollie. Il y avait pendant la vie paraplégie brachiale.

5. **Hématocèle vaginale gauche, castration**; par E. BALLUZ, interne des hôpitaux.

X..., âgé de 41 ans, journalier, entre le 10 juillet 1884 (service de B. ANGER), à l'hôpital Lariboisière, où il est couché au lit n° 4 de la salle St-Louis. Il a été, jusque il y

a 12 ans, matelot à bord des navires de commerce; depuis ce temps il est journalier et est employé à des travaux de force. Pas d'antécédents génitaux: ni blennorrhagie, ni syphilis. Pas de traumatismes ni coups sur les bourses.

Au moment de la conscription, le malade essaya en vain de se faire refuser pour une varicocèle du côté gauche; c'est de ce côté que siège aujourd'hui la tumeur. La tumeur s'est développée il y a 12 ans; le testicule gauche à cette époque avait le volume d'un œuf de poule; il n'était pas douloureux, mais le malade ressentait de vives douleurs dans les régions lombaire et inguinale du côté correspondant. Le malade se maria il y a 11 ans, c'est-à-dire un an après l'apparition de la tumeur. Il n'y a jamais eu d'obstacle à l'accomplissement de l'acte génital que le malade répète fréquemment; tous les deux jours au moins, dit-il, depuis l'époque de son mariage. Il n'a pas d'enfant.

Pendant les quatre premiers mois du mariage, la tumeur a doublé de volume et devint très douloureuse. Le malade, fatigué, dut plusieurs fois arrêter son travail et prendre du repos plusieurs jours de suite. Au bout de quelque temps, les douleurs se calmèrent et depuis, la tumeur augmenta insensiblement de volume. Le testicule n'était pas douloureux lorsqu'on pressait la tumeur ou qu'on la touchait. Enfin, il y a un mois, les douleurs devinrent très violentes; le malade dut cesser tout travail; il souffrait en même temps de vives douleurs d'estomac. Pas de vomissements. Il n'y a pas eu de coups portés sur la tumeur, le travail n'a pas été plus pénible que d'habitude, mais la fatigue du malade est grande. Les douleurs du testicule sont spontanées, il y a des irradiations douloureuses le long du cordon et dans la région lombaire. Disons de suite qu'il y a trois ans le malade est entré à l'hôpital de Dieppe pour qu'on le débarrasse de sa tumeur. On crut à une hydrocèle; mais la tumeur ne présentant aucune transparence, on ne fit pas de ponction et on s'abstint de toute intervention.

A l'entrée, on trouve au niveau du testicule gauche une tumeur du volume du poing. Pas d'épaississement ni de rougeur du scrotum; la peau glisse sur la tumeur, elle n'est adhérente nulle part; il y a des veinosités nombreuses à sa surface. A la palpation, pas de sensation de fluctuation. La tumeur est lourde; sa consistance, très dure, est égale partout; on a la sensation d'une coque cartilagineuse. Pas de bosselures. Pas de transparence. L'idée d'un sarcocèle syphilitique étant écartée par suite de l'absence d'antécédents et par le volume de la tumeur; la dureté de

la tumeur ne permettant pas de croire à une tumeur fibreuse, on porte le diagnostic d'enchondrome du testicule et on décide de pratiquer la castration. L'opération est faite par M. le D^r B. Anger.

Une incision pratiquée verticalement sur le scrotum permet d'énucléer facilement la tumeur, à la surface de laquelle rampe une grosse veine du volume d'une plume de corbeau, et qui se continue avec les éléments du cordon ; il y a en outre de nombreuses varicosités à la surface de la tumeur. On pédiculise au niveau du cordon, sur lequel on jette une ligature, et on sectionne au-dessous.

La tumeur enlevée est lourde, sphérique, lisse, sans bosselures, de consistance très dure et égale partout ; la couleur est d'un gris rosé, et elle a le volume d'un poing d'adulte. De nombreuses veines variqueuses rampent à sa surface ; les veines du cordon sont beaucoup plus volumineuses qu'à l'état normal.

On pratique une incision sur la face antérieure de la tumeur ; il s'échappe quelques grammes d'un liquide roussâtre. La tumeur incisée fait reconnaître une hématocele vaginale. La coque, formée par la tunique vaginale, est très épaisse ; elle est très dure, fibreuse, d'une épaisseur qui varie, suivant les points, de 2 à 5 et 6 millimètres ; l'épaisseur est de 4 à 5 millimètres au niveau du testicule, qui occupe sa place normale, c'est-à-dire qu'il est situé à la partie postérieure et inférieure ; il est recouvert par la vaginale, épaissie à son niveau. La face interne de la vaginale est roussâtre, colorée en brun rougeâtre par le pigment sanguin des nombreux caillots fibrineux qui remplissent la poche et qui se présentent sous l'aspect d'une pulpe couleur chocolat, assez semblable à des œufs de poisson ; ils sont très friables. Sous ces caillots, à la face interne de la coque, on trouve des fausses membranes, quelques-unes très ternes, qu'on arrache facilement ; les caillots s'énucléent facilement.

Le testicule incisé paraît sain et les tubes intacts ; il a son volume normal et sa coloration habituelle. Les veines du cordon du côté de la tumeur sont manifestement variqueuses. Pansement antiseptique.

Le 24 juillet, le malade peut être considéré comme guéri. L'erreur qui avait fait prendre une hématocele vaginale pour une tumeur solide du testicule montre la difficulté du diagnostic de certaines tumeurs du testicule et en particulier de l'hématocele vaginale, quand on n'a pas assisté à toutes les phases de son développement. Dans le cas présent, la dureté de la tumeur était telle, qu'on pouvait ex-

clure une tumeur liquide, dureté qui a fait juger inutile une ponction qui, d'ailleurs, dans l'état particulier, la quantité du liquide trouvé dans la poche étant si peu considérable, et les caillots fibrineux remplissant entièrement la poche, n'eût pas éclairé le diagnostic. Peut-être la marche en plusieurs étapes de la tumeur aurait-elle pu, cependant, faire soupçonner une hématoecèle vaginale.

6. Note sur un rapport peu connu du récurrent gauche
par H. CHAPUT, interne des hôpitaux.

En disséquant un cadavre de *nouveau-né*, nous avons constaté par hasard un rapport du récurrent gauche que nous n'avons pas trouvé signalé dans les auteurs classiques d'anatomie, ni même d'embryologie. [Nous avons constaté sur dix fœtus la même disposition sans jamais rencontrer d'exception, de telle sorte que nous considérons ce rapport comme normal.

Voici en quoi il consiste : Sur le cœur d'un fœtus de six mois, on voit partir de la base du cœur la crosse de l'aorte et le canal artériel. Ce dernier, après avoir décrit au-dessous de la crosse aortique une courbe sensiblement parallèle, va se jeter dans l'aorte descendante. Le pneumo-gastrique gauche passe au-devant de la crosse aortique et de l'aorte descendante. Un peu avant que de passer à la partie antérieure du canal artériel, on voit s'en détacher à angle aigu le nerf récurrent qui se recourbe de bas en haut, et embrasse dans sa concavité non pas la crosse de l'aorte, mais celle du canal artériel. Le reste de son trajet présente absolument les mêmes rapports que chez l'adulte. Cette disposition, disons-nous, est constante. Nous l'avons constatée chez dix fœtus. Bien plus, nous avons trouvé au musée Orfila, sous le n° 167, un modelage en cire du D^r Halma-Grand, représentant les viscères d'un enfant de neuf mois. Sur cette pièce, le canal artériel a déjà commencé à s'atrophier, mais on voit encore le récurrent passer dans sa concavité.

Nous avons fait des recherches sur plusieurs mammifères : le veau, le lapin, le mouton, le chat, et dans tous les cas, nous avons constaté sur ces fœtus le même rapport que nous avions observé sur l'homme. Cherchant à pénétrer la signification de ce rapport, nous avons vite compris qu'il était lié au développement des arcs aortiques et à la descente du cœur. Autrement dit, le nerf laryngé inférieur serait à l'origine un nerf à direction transversale. Ultérieurement, par suite du déplacement relatif du cœur, il se

trouverait peu à peu attiré dans la poitrine, de là cette disposition récurrente. Du côté droit, si le récurrent embrasse la sous-clavière droite, c'est parce qu'elle est le seul vestige des arcs aortiques droits. A gauche, le récurrent embrasse d'abord le canal artériel, puis celui-ci s'atrophiant, il embrasserait plus tard l'aorte, seul vestige des arcs aortiques gauches.

Cette théorie, qui d'ailleurs n'est pas nouvelle et a été fort bien exposée dans la thèse de Cusset sur les arcs bronchiaux, trouve des arguments dans certains cas d'anomalies des gros vaisseaux qui naissent de l'aorte.

Nous avons trouvé, en effet, au musée Orfila deux pièces dans lesquelles la sous-clavière droite est anormale. Dans ces conditions, le récurrent droit n'existe pas à l'état du nerf *récurrent*, c'est simplement un nerf transversal ou légèrement oblique en haut et en dedans.

Voici d'ailleurs la note explicative de ces deux pièces :

N° 51. Absence du tronc brachio-céphalique, entraînant celle du récurrent droit. L'artère sous-clavière droite naît à gauche de la crosse de l'aorte, passe derrière la trachée, pour prendre la position habituelle. Le pneumo-gastrique droit fournit les filets qui, ordinairement, naissent du nerf récurrent. (*Demarquay*.)

N° 52. Le tronc brachio-céphalique manque. Les deux carotides primitives naissent par un tronc commun et les deux artères sous-clavières par un tronc séparé. Toutes deux naissent au-dessous du tronc commun aux deux carotides. L'artère sous-clavière droite, pour venir occuper sa place ordinaire, est obligée de se recourber de gauche à droite, pour passer ensuite entre la colonne vertébrale et l'œsophage, qu'elle embrasse dans la concavité de sa courbure. Il y a en outre, à droite, absence du nerf récurrent laryngé. Ces filets sont directement fournis par le pneumo-gastrique. (*Houel et Demarquay*.)

Les anomalies artérielles des sous-clavières sont une preuve indirecte de la réalité de la théorie que nous soutenons, savoir que la disposition récurrente des laryngés inférieurs est due à la migration du cœur, qui tire sur ces nerfs par ses arcs aortiques, qui sont recourbés comme des crochets, semblent destinés à saisir et attirer les nerfs laryngés inférieurs. Il semblait à première vue qu'on devait en trouver une preuve chez les animaux qui présentent par exemple deux arcs aortiques persistants, comme les poissons et les batraciens. Mais chez les poissons, le récurrent n'existe pas puisque les animaux n'ont pas de

larynx. D'autre part, l'examen de la grenouille reste négatif. Sur le conseil de M. le professeur Cornil, nous avons ouvert une grenouille et l'avons placée pendant une heure dans une solution d'acide osmique au 1/200. Nous avons pu constater que le pneumo-gastrique n'existe pas chez cet animal et se trouve remplacé par le grand sympathique.

Parmi les branches de ce dernier, on en voyait quelques-unes qui se dirigeaient transversalement vers le larynx. Il semble au premier abord que cette direction transversale soit caractéristique, puisque chez la grenouille le cœur se trouve situé à la hauteur de la glotte, presque sous le plancher de la bouche. Mais en réalité cette disposition ne prouve rien, parce que le grand sympathique est toujours en arrière de la trachée et, à plus forte raison, en arrière du cœur; chez les mammifères, au contraire, c'est parce que le cœur est situé entre le pneumo-gastrique et la trachée, que les nerfs laryngés sont fatalement accrochés au passage lors de la descente du cœur.

Peut-être la pathologie n'aura-t-elle jamais l'occasion d'utiliser ces données, bien que l'on puisse supposer des altérations pathologiques, soit de la sous-clavière droite présentant quelque une des anomalies précédentes, soit du canal artériel persistant anormalement. Toujours est-il, cependant, que ces faits nous permettent de comprendre la raison de la récurrence de certains autres nerfs; nous voulons parler du nerf de la tente du cervelet et de la corde du tympan qui, pendant un certain temps, remonte comme le récurrent, pour redescendre ensuite.

La descente du cœur est en effet un mot imaginé pour faire comprendre que, par suite du développement inégal de certaines parties, des organes qui se correspondaient antérieurement, sont plus tard à des hauteurs différentes. En réalité, c'est parce que le cou s'allonge que le récurrent est obligé de se diriger de bas en haut, retenu qu'il est par les arcs aortiques. C'est sans doute par un procédé analogue que la corde du tympan devient récurrente, et voici comment: on sait qu'à la naissance, l'apophyse mastoïde n'existe pas; elle ne se développe que plus tard, tandis que les autres parties du rocher n'augmentent ni dans les mêmes proportions, ni dans la même direction.

En même temps que l'apophyse mastoïde, le conduit stylo-mastoidien s'allonge. Le tronc stylo-mastoidien situé, chez le nouveau-né, immédiatement contre la paroi inférieure et sur le même plan que la paroi externe de la caisse, se trouve chez l'adulte à 1 centimètre plus bas et plus en dehors. Tandis que la partie du facial située dans le trou

stylo-mastoïdien est forcée de s'allonger, la corde du tympan reste fixée par ses conduits osseux, qui ne subissent pas les mêmes déplacements, de là sa direction récurrente.

On peut appliquer le même raisonnement au nerf de la tente du cervelet. On sait, en effet, qu'au début de la formation de l'encéphale, les vésicules encéphaliques se trouvent pour ainsi dire superposées. Ultérieurement, elles se développent pour ainsi dire d'arrière en avant. C'est vraisemblablement lors de cette migration que le nerf de la tente du cervelet se dirige d'avant en arrière.

L'évolution des arcs aortiques et les rapports des récurrents qui en dépendent sont encore un argument en faveur de la précocité du développement de ces nerfs. Il est en effet indispensable que ces nerfs préexistent sinon au développement des arcs aortiques, tout au moins à la migration du cœur, qui se fait à une époque très rapprochée du début du développement de l'embryon.

7. Cirrhose du poumon. — Dilatation des bronches. — Broncho-pneumonie aiguë, par A. GILBERT, interne des hôpitaux.

Bus..., Justine, 48 ans, couturière, entrée le 10 mai 1884, à l'hôpital Tenon, salle Colin, n° 4.

Antécédents. Nombreuses et profondes cicatrices strumeuses au cou. Il y a deux ans, aux environs de Pâques, fluxion de poitrine du côté gauche, pour laquelle séjour pendant deux mois à l'hôpital Tenon. Depuis lors, la malade ne s'est jamais bien portée; elle s'essouffait facilement et souffrait assez fréquemment. Il y a quelques semaines, *hémoptisie abondante*; le sang expectoré était d'un rouge vif.

Début. Le dimanche soir, 4 mai, sortie d'un endroit très chaud par la pluie; immédiatement, frissons répétés et douleur dans le côté droit. La malade s'est mise au lit, qu'elle n'a plus quitté. Elle a fait venir un médecin, qui lui a appliqué un large vésicatoire en arrière et à droite de la poitrine.

Etat actuel (10 mai soir). Point de côté intense au niveau du sein droit, dyspnée extrême, toux fréquente, crachats spumeux et blanchâtres. L'inspection de la poitrine ne décèle l'existence d'aucun signe anormal. La percussion indique de la matité en avant et à droite, sous la clavicule, dans une étendue de quatre travers de doigt; en arrière et à droite, au niveau des fosses sus et sous-épineuses; en

arrière et à gauche, dans les deux tiers inférieurs de la poitrine. La palpation révèle une augmentation des vibrations vocales au niveau des points mats. A l'auscultation de la respiration, on trouve dans l'étendue des zones mates à la percussion et vibrantes à la palpation, un souffle tubaire accompagné à droite de nombreux râles sous-crépitaux fins, moyens et gros, ainsi que des râles ronflants et sibilants, et à gauche de quelques râles sonores. A l'auscultation de la voix, on perçoit une bronchophonie manifeste au sommet droit, en avant et en arrière, et à la base gauche en arrière.

Langue sèche, recouverte d'un épais enduit jaunâtre. Inappétence, soif vive. Ventre un peu ballonné et non douloureux. Diarrhée abondante. Foie et rate normaux. Pas d'albumine dans les urines. Céphalalgie. Abattement marqué. Insomnie complète depuis deux jours. Pommettes congestionnées. Epistaxis dans le courant de la journée. Pas de souffle au cœur. T. 40°.

11 mai matin. Même état local et général. R. 40. P. 140. T. 40°,4.

Diagnostic : Broncho-pneumonie pseudo-lobaire bilatérale. — *Traitement* : Bouillon, lait, pectorale chaude; 20 ventouses sèches matin et soir sur la poitrine. Julep avec sirop diacode, 30 gr., et kermès, 50 centigr. Julep avec rhum, 40 gr., et extrait de quinquina, 4 gr. Sulfate de quinine, 1 gr. en deux paquets, à prendre l'un le matin et l'autre le soir. — Soir, T. 41°, 2.

12 mai matin. Les signes physiques ne se sont point sensiblement modifiés. Abattement plus marqué. R. 52. P. irrégulier, 128. T. 40°,8. On ajoute au traitement une potion avec 1 gr. 50 de teinture de digitale. — Soir, T. 41°,4.

12 mai matin. La malade est à l'agonie. R. 60. P. 152. T. 40°,8. — Mort à midi.

AUTOPSIE. — Poumons et plèvres : 1° A droite, les feuillets de la plèvre droite sont recouverts, dans leur partie la plus élevée, de quelques exsudats fibrineux. Le poumon droit offre dans sa moitié supérieure les lésions de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire aiguë. Il est congestionné dans sa moitié inférieure. 2° A gauche, les deux feuillets de la plèvre gauche sont unis sur un grand nombre de points par de fausses membranes assez lâches; ils sont intimement soudés au niveau du tiers moyen du bord postérieur du poumon. Le poumon gauche est atrophié en totalité, ses alvéoles sont affaissées, son tissu a perdu sa crépitation. Au niveau du tiers inférieur de son bord

postérieur, il est complètement cirrhosé, uniformément transformé en un tissu grisâtre, lourd, compacte, criant sous le scalpel, sans dilatation des bronches. Au niveau du tiers moyen de son bord postérieur, c'est-à-dire dans les limites de la plaque de symphyse pleurale, il présente un aspect aréolaire dû à la dilatation des ramifications bronchiques correspondantes. La dilatation porte exclusivement sur les fines ramifications bronchiques; les bronches de moyen et de gros calibre sont saines. Elle est assez régulièrement cylindrique et relativement considérable; le diamètre des bronches dilatées varie entre un centimètre et un centimètre et demi. La paroi des bronches ectasiées est violacée, lisse, sans ulcérations ni plaques gangréneuses; leur cavité contient une minime quantité de liquide muqueux et transparent. Le tissu pulmonaire interposé aux bronches dilatées a disparu, si bien que celles-ci sont immédiatement juxtaposées.

Autres organes : Le cœur pèse 280 grammes; le ventricule droit paraît un peu hypertrophié; le foie, la rate, les différents départements du tube digestif et les reins sont sains; le cerveau est un peu congestionné.

Examen histologique. Il a porté sur deux points : 1° sur le tissu pulmonaire sclérosé; 2° sur les parois des bronches dilatées.

1° *Tissu pulmonaire sclérosé.* Durci, coupé, coloré par les procédés ordinaires, il nous a offert les lésions suivantes :

Les alvéoles ont presque complètement disparu; ceux qui subsistent sont affaissés et remplis d'éléments cellulaires de forme polygonale. Les bronchioles ne sont pas dilatées; leur épithélium, assez bien conservé, a presque entièrement perdu ses cils vibratiles; leur paroi a subi la transformation fibreuse, et les cartilages qu'elle renferme sont les uns normaux, les autres granuleux, vasculaires et en voie de disparition. Le parenchyme pulmonaire a fait place à un tissu fibreux adulte renfermant des cellules embryonnaires et des fibres élastiques; les cellules embryonnaires sont assez nombreuses, principalement disposées sous forme d'agglomérats au pourtour de quelques vaisseaux; les fibres élastiques sont disséminées en grand nombre au milieu du tissu de sclérose; sur certains points, elles s'amassent pour constituer de petits îlots purement élastiques ou des nappes étendues. Le développement remarquable du tissu élastique peut être facilement constaté sur des coupes colorées au picro-carmin, mais il est plus frappant encore sur des coupes préparées suivant le pro-

cédé de M. Balzer, c'est-à-dire colorées par l'éosine alcoolique, puis lavées et montées dans une solution de potasse.

Au sein du tissu fibro-élastique qui s'est substitué au parenchyme pulmonaire, les artères montrent des parois d'un grande épaisseur. Il est facile de s'assurer, au moyen des procédés de coloration habituels, et au moyen de celui de M. Balzer, que l'épaississement des parois artérielles est dû tantôt à une hypertrophie des fibres musculaires, tantôt et le plus souvent à un développement considérable des fibres élastiques, qui, nombreuses et volumineuses, dessinent au pourtour de la lumière des vaisseaux des festons concentriques. Les capillaires sont pour la plupart dilatés et présentent une paroi un peu épaissie.

2° *Paroi des bronches dilatées.* Sur des coupes pratiquées perpendiculairement à leur axe, colorées au picrocarmin et examinées à un faible grossissement, les parois des bronches dilatées montrent plusieurs faits importants. Leur texture normale est méconnaissable; elles sont essentiellement formées de tissu conjonctif, de cellules embryonnaires et de vaisseaux largement dilatés; elles sont sur quelques points hérissées de bourgeons mamelonnés digitiformes ou pédiculés, sortes de polypes microscopiques qui repoussent l'épithélium, s'en coiffent et font dans la cavité bronchique une saillie plus ou moins considérable.

L'examen à un fort grossissement permet d'étudier les modifications subies par les différents éléments des parois bronchiques et de reconnaître l'importance de la diapédèse et des lésions vasculaires.

A. Cellules épithéliales : Elles sont presque partout conservées avec leurs caractères normaux. Sur quelques points, elles sont complètement défaut; sur d'autres, elles sont notablement modifiées : elles ont perdu leurs plateaux ainsi que les cils qu'ils supportaient, et se terminent du côté de la cavité bronchique par une extrémité effilée; de plus, écartées les unes des autres par suite de la distension de la paroi par laquelle elles s'implantent, et dès lors incapables de se soutenir l'une l'autre, elles affectent les directions les plus variées.

B. Fibres musculaires : Elles ont en partie disparu; à la place qu'elles occupaient existe un réseau de capillaires dilatés.

C. Fibres élastiques : Lorsqu'on emploie les procédés ordinaires, on ne peut se rendre un compte exact de la disposition et du nombre des fibres élastiques. Par le procédé de M. Balzer, on peut facilement se convaincre

qu'elles sont nombreuses et individuellement inaltérées. Elles ne forment plus au pourtour de la cavité bronchique un anneau continu : celui-ci est comme rompu et disséqué.

D. Cartilage : Nous n'en avons trouvé aucune trace dans les coupes que nous avons pratiquées.

E. Glandes : Elles sont très peu nombreuses dans les différentes bronches que nous avons examinées. L'épithélium des acini glandulaires est gonflé et globuleux.

F. Tissu conjonctif : Il est assez abondant et forme pour ainsi dire le squelette des bronches dilatées. Il renferme l'anneau élastique rompu et les débris des fibres musculaires ; il est infiltré de cellules embryonnaires et contient d'innombrables vaisseaux d'un large calibre.

G. Cellules embryonnaires : Elles sont disséminées dans toute l'épaisseur de la paroi bronchique ; elles forment des amas serrés dans sa zone superficielle ou sous-épithéliale et dans les saillies polypiformes. Elles se montrent particulièrement abondantes au pourtour des vaisseaux.

H. Vaisseaux : Les artères ont généralement des parois un peu épaissies ; la plupart d'entre elles sont, ainsi que les veines, dilatées et remplies de globules sanguins. Les capillaires sont innombrables ; le réseau qu'ils forment est un peu moins développé dans les parties profondes de la paroi bronchique et dans la zone musculaire que dans les régions superficielles et dans les saillies polypiformes. Sur beaucoup de points, ils arrivent jusque sous l'épithélium qu'ils soulèvent parfois ; sur quelques-uns même, ils font saillie dans la cavité bronchique sans interposition de la couche épithéliale interrompue à leur niveau. Il est impossible d'assigner aux capillaires une direction prédominante, sauf dans les saillies polypiformes ou sur des coupes pratiquées perpendiculairement à l'axe des bronches, les plus gros capillaires se montrent sectionnés suivant leur longueur. Ils affectent les formes les plus variées ; les uns, régulièrement cylindriques, sont rectilignes ou tortueux ; les autres présentent des dilatations en ampoule ou en fuseau, isolées ou multiples. Leurs dimensions sont extrêmement variées ; un certain nombre d'entre eux ont conservé des dimensions normales, mais la plupart, énormément dilatés, sont devenus visibles à un moyen ou même à un faible grossissement. Quelques-uns ont acquis un diamètre tellement considérable (300 μ . et au delà), qu'ils sont devenus facilement perceptibles à la loupe ou même à l'œil nu. Par places, les capillaires sont si nombreux et si dilatés, que la paroi bronchique prend l'aspect d'un angiome.

La structure des capillaires ne paraît pas modifiée; leur paroi mince est semée de noyaux de distance en distance; ils sont presque tous remplis d'hématies, au milieu desquelles on distingue quelques leucocytes.

S. M. MONNIER montre un petit anévrysme de la crosse de l'aorte qui communiquait avec la trachée par un trajet fistuleux relativement large. Il s'était fait des hémoptysies. La trachéotomie n'avait pas diminué la suffocation.

Le récurrent gauche était certainement altéré; le pouls était à 200, et il est probable que la lésion de ce nerf était la cause de la dyspnée extrême que l'on avait observée, dyspnée qui s'expliquait insuffisamment par les lésions pulmonaires et la compression de la trachée.

ELECTIONS. — MM. Durand-Fardel, Valude, Broca, Jarret et Levêque sont nommés membres adjoints. — La séance est levée.

Séance du 18 juillet 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

9. Seconde note sur la présence des micrococci pneumoniques dans la broncho-pneumonie de la rougeole, de la diphtérie, etc. ; par le Dr GIACOMO LUMBROSO (de Libourne).

Dans ma précédente note j'ai eu l'honneur de communiquer les résultats d'une autopsie faite dans un cas de broncho-pneumonie de la rougeole, dans laquelle, ayant eu le soin d'examiner le suc obtenu par le raclage de la partie du poumon affectée et les coupes microscopiques du tissu malade, j'ai trouvé les mêmes micrococci qui ont été décrits, dans la pneumonie lobaire franche, par Koch, Eberth, Klebs, Friedländer, Talamon, Salvioli, etc., et récemment par le Dr Afanassiew, de St-Petersbourg.

J'ai conclu de ces faits qu'il n'y avait aucune différence, quant à la forme, entre ces micrococci et ceux qu'on rencontre dans la pneumonie lobaire; mais en même temps

j'hésitais à décider si ces micrococcus avaient les mêmes propriétés biologiques, capables de produire selon les terrains et les diverses conditions, soit la pneumonie franche, soit la broncho-pneumonie, ou bien si, au contraire, quoique semblables en apparence, ils possédaient des propriétés biologiques différentes.

Grâce à l'obligeance de MM. Richardière et Le Page, qui ont bien voulu me fournir les matériaux nécessaires, j'ai pu continuer mes études et faire d'autres observations, qui, quoique peu nombreuses, me paraissent permettre d'affirmer dès à présent l'égalité de forme de ces micrococcus et de me prononcer avec beaucoup de probabilité, au point de vue de leurs propriétés, en faveur de l'une des deux hypothèses ci-dessus énoncées.

En effet, sur deux cas de rougeole, sur un cas de diphthérie et un cas de croup dans lesquels on observa une broncho-pneumonie mortelle, j'ai pu toujours constater l'existence des micrococcus ayant la même forme que ceux de la pneumonie lobaire; tandis que je n'ai jamais pu en trouver d'autres qui puissent être propres aux maladies générales, dans le cours desquelles la broncho-pneumonie s'était développée. Ces observations ont été faites vingt-quatre heures après la mort, avec toutes les précautions et les méthodes déjà décrites dans ma précédente communication. Quant à la capsule, j'ai toujours pu la faire ressortir en traitant les pièces par la solution d'acétate de potasse: elle n'était pas toujours bien colorée, mais toujours bien nette; quelques-uns parmi ces micrococcus en étaient privés, de même que ceux qu'on observe dans la pneumonie lobaire. Afin de prévenir une objection qu'on pourrait me faire, j'ai étudié le suc obtenu par le raclage d'un poumon sain, examiné plus de vingt-quatre heures après la mort, et je n'y ai jamais trouvé de micrococcus pareils à ceux ci-dessus décrits; je n'ai jamais pu faire ressortir la capsule autour de quelques micrococcus ronds et gros, qui, en très petit nombre, se présentaient dans le champ microscopique. — Mes micrococcus n'étaient donc pas cadavériques.

Quant à la capsule, sans vouloir en discuter la nature, on peut affirmer qu'elle n'est pas exclusive de la pneumonie lobaire, puisque je l'ai trouvée dans la broncho-pneumonie; par conséquent, et étant donnés les moyens d'observation que la science possède aujourd'hui, je crois pouvoir conclure qu'il n'existe (quant à la forme) rien de caractéristique pour la pneumonie franche, question qui est restée douteuse pour Friedländer (voir son traité technique microscopique, 1884).

Mais ces micrococcus, pareils entre eux, quant à la forme, le sont-ils aussi quant aux propriétés biologiques? Non seulement je crois que non; mais je pense que probablement ils ne possèdent aucune propriété biologique; car les cultures faites par moi n'ont jamais pu reproduire sur les animaux, la même maladie ni aucune autre. Je dis *probablement* parce que mes observations ne sont pas encore assez nombreuses, pour me permettre d'arriver à une affirmation absolue.

Je suis arrivé à ces conclusions par les cultures que j'ai faites dans les quatre cas ci-dessus mentionnés, du suc pris sur les poumons vingt-quatre heures après la mort. Ces cultures ont été faites pour l'un des cas de rougeole dans la gélatine de Koch, et pour les autres dans le bouillon de Pasteur; toutes les précautions prescrites ont été prises afin d'éviter toute cause d'erreur.

Les cadavres étaient en bonne condition, mes expériences ayant été faites il y a environ deux mois, c'est-à-dire à une époque où la chaleur n'était pas encore bien forte. Tous les liquides ont été cultivés à la température ordinaire, et lorsque le liquide fut bien troublé, j'ai fait sur des cobayes, avec la seringue de Pravaz, des inoculations qui n'ont jamais donné de résultats. Mes animaux se portaient très bien, et trois jours après l'inoculation j'en ai tué deux pour constater s'ils présentaient quelque altération, mais je n'ai rien trouvé du côté du poumon ni autre part. Ces opérations ont été faites avec toutes les précautions antiseptiques indiquées. Dans le liquide de culture j'ai toujours constaté l'existence de micrococcus pareils à ceux trouvés dans les poumons. J'ai essayé aussi, dans deux cas, des cultures successives dans le but de séparer les différents micrococcus mentionnés dans ma précédente communication, et avec les résultats de ces cultures j'ai pratiqué des inoculations successives sur des animaux de la même espèce. Ces inoculations sont également restées sans résultats. Je dois avouer cependant que je n'ai jamais pu obtenir l'isolement complet.

Tels sont, Messieurs, les faits d'après lesquels il me semble qu'on peut conclure que les micrococcus que l'on rencontre dans les poumons de la broncho-pneumonie, dans le cours de maladies infectieuses (jusqu'ici, selon mes études, rougeole, diphthérie, croup) sont pareils, quant à la forme, à ceux de la pneumonie franche; mais qu'ils n'en ont pas les mêmes propriétés.

Séance du 25 juillet 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

10. Exostoses, hyperostoses et synostoses multiples de la colonne vertébrale chez un chat; par le Dr P. BRICON.

Nous présentons à la Société le *squelette* d'un chat présentant des exostoses et synostoses multiples localisées principalement à la colonne vertébrale. Nous dirons de suite que leur *étiologie* nous échappe (1).

Le *début* de la maladie passe généralement inaperçu. Le premier symptôme apparent est une raideur anormale de la région cervicale, ou parfois des membres antérieurs. Cette raideur, d'abord peu étendue, se propage d'avant en arrière; le cou est incliné latéralement, les mouvements de flexion et d'extension de la tête et ceux qui se produisent dans les articulations intrinsèques et extrinsèques de la colonne vertébrale sont abolis progressivement, de telle sorte que vers la fin de la maladie l'animal mérite véritablement le nom de chat *barre de fer*; saisi par la tête, il peut en effet être tenu ainsi que le serait une barre. L'animal ne pouvant se nettoyer est envahi par la vermine, etc.

La *durée* de la maladie est de plusieurs mois, parfois de plusieurs années. — Le *pronostic* est fatal et semble être le résultat du marasme dans lequel tombe l'animal, par suite de la difficulté progressive qu'il éprouve pour saisir ses aliments, pour marcher, et enfin aussi de la gêne respiratoire. Dans notre cas, la sensibilité paraissait être conservée. — Le *diagnostic* peut assez facilement être posé tant par la démarche de l'animal que par le toucher.

Nos renseignements insuffisants ne nous permettent d'incriminer comme cause de l'affection ni le rhumatisme, ni l'hérédité, etc.; nous ne pouvons non plus dire l'âge

(1) Nous devons à l'obligeance de MM. Bourrel et Béraud, vétérinaires à Paris, d'avoir pu faire l'autopsie de ce chat; nous les remercions particulièrement des renseignements qu'ils nous ont fournis et nous espérons, pouvoir, sur d'autres sujets, élucider avec leur collaboration, l'origine et la marche du processus pathologique de cette affection.

exact de l'animal qui fait le sujet de notre présentation. Toutefois, nous basant sur l'absence des trois tubercules (fleur de lys), des incisives qui sont lisses et sur l'usure des canines, nous croyons qu'il avait atteint tout au moins sa quatrième année.

AUTOPSIE. — Nous n'avons trouvé aucune altération des organes thoraciques et abdominaux digne d'être notée. L'amaigrissement était très prononcé ; l'encéphale normal. Quant à la moelle, nous avons dû la sacrifier pour ne pas endommager la colonne vertébrale. Nous allons décrire en détail les lésions rencontrées sur le squelette.

L'articulation de l'atlas avec l'occipital est libre ; les surfaces sont lisses et normales. Postérieurement le corps et les ailes (apophyses transverses) de l'atlas ne présentent que de légères exostoses aplaties, mais l'arc antérieur présente une exostose relativement volumineuse (5 mill. d'épaisseur sur 2 cent. de large) plus prononcée à droite qu'à gauche ; cette exostose se continue sans interruption sur les faces antérieures de l'axis et de la 3^e vertèbre cervicale ; elle est irrégulière, rugueuse, recouverte d'une membrane fibreuse (périoste), épaissie de telle sorte que les articulations de ces vertèbres entre elles ont disparu et ne forment plus qu'une masse. L'articulation, entre la 3^e et la 4^e cervicale est également ossifiée (synostose), toutefois le corps de cette dernière vertèbre est relativement normal, tout au moins sur sa face antérieure. Les 6^e et 7^e vertèbres cervicales sont aussi recouvertes d'exostoses plus prononcées sur le côté gauche. Leurs articulations se distinguent encore. Les apophyses transverses et articulaires (à droite) des vertèbres cervicales peuvent être distinguées les unes des autres, quoique quelques-unes présentent des synostoses. À droite les lames de l'axis et des autres vertèbres offrent des synostoses ou exostoses. À gauche, l'aileron de l'atlas (apophyse transverse) envoie un prolongement osseux à l'axis et toute la partie comprise entre les apophyses transverses et épineuses est comblée par du tissu osseux formant une seule masse convexe et se prolongeant jusqu'à la 3^e vertèbre dorsale. Il est impossible, de ce côté, de distinguer les articulations entre elles ; c'est à peine si les apophyses transverses peuvent être reconnues, et la dimension ainsi que la position des trous de conjugaison sont absolument modifiées. La partie cervicale de la colonne, envisagée dans son ensemble, présente en outre une déviation latérale convexe à gauche, concave à droite, ce qui explique la position de l'animal (de son vivant),

dont la tête était déviée à droite. Les faces internes des différentes parties des vertèbres cervicales ne paraissent pas présenter de lésions appréciables.

VERTÈBRES DORSALES. — Ces vertèbres ne se trouvent pas dans l'axe des vertèbres cervicales; si l'on tire une ligne partant du milieu du corps de la 1^{re} vertèbre dorsale, cette ligne vient tomber à l'extrémité gauche et externe de l'aile-ron (apophyse transverse) de l'atlas. Les vertèbres dorsales, considérées dans leur ensemble, paraissent au contraire être situées à peu près sur une même ligne perpendiculaire. La 1^{re} vertèbre dorsale est à peu près complètement couverte par une exostose, qui est un peu plus épaisse à droite, l'apophyse épineuse et le corps surtout à gauche sont les seules parties qui paraissent normales; il y a à gauche une synostose complète des articulations costo-vertébrales (1^{re} côte), synostoses englobées dans une exostose rugueuse et irrégulière et se prolongeant; sur la côte elle-même.

Les articulations entre les 1^{re}, 2^e, 3^e et 4^e vertèbres sont encore visibles, du moins antérieurement, mais latéralement et postérieurement, elles sont impossibles à distinguer; les synostoses comprennent surtout à gauche les articulations costales, les apophyses épineuses, etc. Les trous de conjugaison sont à peine marqués.

De la 4^e à la 10^e vertèbre inclusivement, toute distinction est impossible sur la face antérieure du corps vertébral. Ce n'est que par les rapports des côtes, des trous de conjugaison et des apophyses épineuses avec ceux-ci, que l'on peut arriver avec peine à distinguer les vertèbres les unes des autres; les exostoses sont ici beaucoup plus prononcées sur la face antérieure; elles sont mamelonnées: il y a une synostose presque généralisée de toutes les vertèbres. La plupart des côtes sont de même hyperostosées et synostosées surtout à leur extrémité postérieure. Nous noterons toutefois une exostose lamelleuse de presque toute la 10^e côte droite et des exostoses superficielles et peu étendues sur un certain nombre d'apophyses épineuses. Les trous de conjugaison présentent des altérations en rapport avec les lésions du voisinage. La 11^e vertèbre dorsale est relativement normale; son disque interarticulaire avec la 10^e vertèbre est ou semble normal à droite, mais à gauche, il a disparu sous une espèce de végétation tuberculeuse d'un cent. environ de diamètre, englobant de ce côté les surfaces articulaires de la 11^e côte. Les 12^e et 13^e vertèbres sont à peu près normales, nous n'avons ici à

noter qu'une synostose presque complète de la 11^e vertèbre avec la 1^{re} lombaire.

VERTÈBRES LOMBAIRES — Ces vertèbres ne présentent de lésions que dans l'espace compris entre les apophyses articulaires et épineuses. On trouve dans la gouttière formée par celles-ci, des exostoses peu prononcées à droite, où elles atteignent le volume d'une amande entre la 4^e et 5^e vertèbres; ces exostoses, la plupart à cheval sur les apophyses articulaires sont en outre accompagnées de synostoses, soit simples, soit composées. La 7^e vertèbre lombaire de même que le bassin et le sacrum sont normaux.

Le canal vertébral paraît normal dans toute sa longueur; on n'y constate aucune exostose (1).

Sur les os des membres, nous ne trouvons que deux petites exostoses au niveau des grand et petit trochanters.

Le sternum est déformé; ses différentes pièces (13) sont encore visibles sur la face antérieure, mais sur la face postérieure presque tous les cartilages sternaux ont disparu et sont masqués soit par une ossification simple, soit par des exostoses ou hyperostoses parfois volumineuses (3^e, 4^e, 5^e). Le troisième cartilage costal droit est presque complètement séquestré; il n'est visible que par la face antérieure. Nous noterons encore une exostose siégeant sur le 7^e cartilage costal gauche presque à l'union avec la côte.

La plupart des côtes présentent des exostoses et hyperostoses au niveau de leurs insertions articulaires postérieures et sur leur tiers postérieur.

Il existe une petite exostose sur la partie médiane de la 10^e côte gauche.

RÉFLEXIONS. — En résumé, synostoses et exostoses multiples de la colonne vertébrale, ayant débuté par les vertèbres, cervicales pour atteindre plus tard les vertèbres lombaires, et d'autant plus nombreuses et volumineuses que leur siège est plus élevé ou antérieur sur l'axe vertébral. A part quelques exostoses superficielles et isolées, l'on ne trouve rien sur les autres os du corps. Ces exostoses et synostoses de la colonne ont produit des déviations et un tassement

(1) Nous n'avons pu constater la présence de l'os du penis, et cela par la meilleure raison du monde, c'est que jusqu'ici malgré toutes nos recherches (et elles concordent avec celles faites par MM. Bourrel et Béraud), nous n'avons jamais pu constater l'existence normale de ce prétendu os chez les chats châtrés ou non.

de la colonne très caractéristique qui permettent même au début de faire le diagnostic de l'affection et de porter un pronostic fatal, quoique la maladie ait une évolution très lente. Nous ne saurions expliquer d'une façon positive la production de ces exostoses et synostoses multiples. Au point de vue purement anatomique, elles semblent devoir être classées parmi les ostéomes spongieux et s'être formées aux dépens de la moelle sous-périostite. Nous inclinons à croire qu'il s'agit peut-être ici d'une forme de périostite de nature indéterminée, c'est-à-dire d'un processus inflammatoire spécial et chronique (1). Nous publierons ultérieurement le résultat de l'examen histologique.

11. Lésions cardiaques chez un chat; par P. BRICON,

Nous présentons le cœur d'un chat âgé de 2 ans, mort le 23 mai soir, après deux jours de maladie; très coureur, il avait, les jours précédents, pratiqué des coïts nombreux avec les deux chattes de l'infirmerie des enfants, avec celle de l'infirmerie des adultes et avec celle du chauffoir. D'après les renseignements recueillis auprès des personnes du service, il aurait présenté de la dyspnée et des palpitations.

AUTOPSIE. — *Hydrothorax*. — *Péricarde normal*. — Le cœur, hypertrophié, présente son plus grand diamètre dans le sens transversal. Le ventricule et l'oreillette droite sont considérablement hypertrophiés et dilatés; la cavité ventriculaire empiète sur le côté gauche, de telle sorte que la cloison interventriculaire est oblique d'avant en arrière et de droite à gauche. L'orifice auriculo-ventriculaire droit, insuffisant, se trouve situé presque en arrière de l'orifice mitral; l'orifice pulmonaire paraît rétréci. Les poumons, refoulés, paraissent à peu près normaux, sauf

(1) M. J.-B. Sutton (*Société pathologique de Londres*, 1^{er} avril 1884) prétend que le rachitisme est très fréquent chez les carnivores. Selon cet auteur, la colonne vertébrale serait surtout attaquée chez les animaux pubères. — Comparer aussi ce cas avec l'observation de G..., recueillie dans le service de M. Bournévill. *Epilepsie idiopathique*. — *Rachitisme*. — *Exostoses multiples et symétriques*. — *Fracture du crâne et note sur les exostoses multiples*, par Dauge et Bricon (*recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*; compte rendu du service de Bicêtre de l'année 1882, p. 110-1221 et 149-151).

un piqueté hémorrhagique, surtout prononcé aux lobes inférieurs. Les autres organes sont normaux.

Les lésions cardiaques trouvées à l'autopsie rendent parfaitement compte de l'asystolie mortelle.

12. Poulet pygomèle (quatre membres postérieurs, deux anus, etc.; par le D^r P. BRICON.

La *pygomélie*, très rare chez l'homme, est, on le sait, assez fréquente chez les oiseaux. C'est surtout chez la poule qu'elle a été observée. Le nouvel exemple que nous présentons à la Société se rattache à la première variété du genre pygomèle des montres doubles polyméliens; les deux membres surnuméraires sont en effet situés en arrière et entre les deux pattes normales. .

Le poulet qui fait l'objet de cette communication nous a été adressé par le D^r Leclerc (de Le Guà, Charente-Inférieure). Il est âgé de 12 jours et a été tué accidentellement. Il marchait normalement et ne présentait de son vivant aucun symptôme particulier, en dehors de sa pygomélie.

Examen externe. — Les deux pattes supplémentaires possèdent un squelette osseux complet; les différentes parties sont par rapport les unes aux autres bien proportionnées, quoique moins développées que les mêmes pièces des pattes normales. Les deux fémurs sont isolés, perpendiculaires à l'axe du corps, mais contenus dans une même enveloppe tégumentaire, se continuant sans séparation jusqu'aux articulations tibio-fémorales sur la partie médiane et interne; du côté externe, cette enveloppe constitue un repli assez large qui s'étend sous forme de membrane jusque vers le tiers externe et inférieur de la jambe, maintenant celle-ci fléchie à 90° et perpendiculaire à l'axe du fémur et du corps. Les deux canons et les doigts sont complètement isolés, sont également fléchis et occupent une position presque parallèle et postérieure à la jambe.

On peut produire quelques mouvements très limités seulement dans les articulations tibio-fémorales, tibio-tarsiennes et dans celles des doigts. A travers la peau, l'on sent facilement une pièce osseuse, sur laquelle sont soudés latéralement et verticalement les deux fémurs par leur extrémité supérieure. Cette pièce, très petite, est mobile sur le bassin et située très légèrement en dehors et à gauche de la ligne médiane. Les petites plumes qui recouvrent la peau de ces membres surnuméraires ressemblent à celles des membres normaux.

De chaque côté de l'extrémité inférieure de l'abdomen,

on trouve un anus à orifice perméable; l'un, le droit, est plus développé, situé à 1 centimètre de la ligne médiane; l'autre est plus rapproché des membres surnuméraires et est situé à un demi-centimètre de la ligne médiane. Les autres parties du corps paraissent normales.

Examen interne. — A la dissection, nous constatons que la pièce osseuse surnuméraire sur laquelle sont articulés les deux fémurs représente un bassin très rudimentaire, qui n'est rattaché au bassin normal qu'indirectement par les tissus environnants. Il est placé à gauche du sacro-coccyx, fortement rejeté latéralement à droite (45° environ), entre celui-ci et la partie iliaque du bassin. L'articulation coxo-fémorale est de chaque côté rudimentaire, avec cavité cotyloïde à peine prononcée; la tête du fémur n'existe pas. Entre ces deux pseudo-articulations, ce petit bassin se termine postérieurement et inférieurement par une sorte de cône osseux qui forme corps avec lui, est replié en crochet dans l'axe des deux fémurs et semble être un sacro-coccyx embryonnaire.

Les deux membres accessoires ne sont recouverts sur toutes leurs parties que par la peau; nulle part la dissection n'y permet de reconnaître des muscles.

L'autopsie de la cavité abdominale dénote, outre l'ampliation de la cavité pelvienne à gauche, l'existence d'un double cloaque, dont l'un rudimentaire à gauche, et aussi d'un double rectum, double dans sa partie inférieure; celui de gauche est plus court, moins volumineux, et ne contient pas de matières, quoique perméable; celui de droite est au contraire très dilaté par des matières excrémentitielles. Comme dans le cas présenté à la Société de biologie par M. E. Vidal (1), il existe trois cœcums; deux de ces cœcums ont un orifice commun, au delà duquel ils ne se bifurquent qu'à quelques millimètres (3) de distance.

Le foie, la vésicule biliaire, la rate, le duodénum, le pancréas, et tous les autres organes, tant de la cavité abdominale que de la cavité thoracique, sont normaux.

Nous n'avons pu constater de reins accessoires dans le bassin surnuméraire (2). Nous renvoyons pour la bibliographie aux ouvrages spéciaux.

(1) Emile Vidal et Arm. Goubeaux. — *Description d'une poule monstrueuse appartenant au genre pygomèle* (C. R. de la société de Biologie, 3^e série, t. III, p. 11 et 95, 1862).

(2) Voir O. Larcher. — *Mélanges de pathologie comparée et de tératologie*. Paris, 1878, p. 15-24. (Note pour servir à l'histoire de la pygomélie chez les oiseaux.

13. Epilepsie, lésions cardiaques, communication des deux ventricules chez une chatte; par P. BAICON.

Il s'agit d'une jeune *chatte*, âgée d'environ un an, recueillie à l'atelier de menuiserie du service de M. Bourneville, à Bicêtre. On put constater qu'elle était atteinte d'*épilepsie*: les accès étaient parfois, dans les premiers mois, au nombre de trois par jour. L'accès était type (cri, clonisme, tétanisme, écume), « en tout semblable à ceux présentés par l'apprenti François », dit le maître menuisier. Les accès devinrent plus rares vers la fin de l'été de 1883, et l'animal, dont le développement paraissait jusqu'alors arrêté, grandit et grossit. On n'a pu, depuis six mois environ, noter que quelques rares accès; mais l'animal courait et n'était pas surveillé la nuit.

Durant les trois premiers mois de 1884, l'abdomen s'étant développé progressivement, on pensa à une grossesse. En avril, la chatte pouvant à peine se traîner, on me la fit voir et on me demanda pourquoi l'accouchement n'avait pas lieu. Elle présentait une dyspnée assez forte et de l'œdème des extrémités. L'abdomen, excessivement tendu, donnait la sensation de flot. On ne sentait aucun fœtus. L'avant-veille et la veille de sa mort, elle eut un accès d'*épilepsie*. L'œdème gagna la tête et la face. Il n'a pas été noté de cyanose de la naissance à la mort. L'auscultation n'a pas été pratiquée.

AUTOPSIE. — Œdème généralisé. On trouve dans la cavité péritonéale deux litres et demi de liquide clair citrin; le péritoine est recouvert en certains endroits, surtout sur la face convexe du foie, de fausses membranes récentes. Les organes abdominaux paraissent normaux. La cavité *péricardique*, les cavités *pleurales* sont remplies du même liquide trouvé dans la cavité péritonéale. Les poumons, refoulés, paraissent sains.

Le cœur est volumineux; les deux ventricules, mais surtout le droit, sont hypertrophiés. Les valvules sont normales. Toutefois, la valvule aortique droite est plus petite que les autres, son bord libre droit fenêtré. Au-dessous d'elle, partant de son tiers droit à son extrémité gauche, se trouve une ouverture semi-lunaire à bords lisses, faisant communiquer le ventricule gauche avec le droit. Cette ouverture se continue jusque vers la moitié de la valvule postérieure; ses bords sont musculaires; elle siège exactement à l'endroit occupé à l'état normal par le septum membraneux, c'est-à-dire entre la valvule droite et la valvule

postérieure. Nous notons qu'il existe une partie membraneuse située au-dessous de la moitié gauche de la valvule postérieure, et que, par suite, l'insertion de la valvule mitrale antérieure est rejetée un peu à gauche et ne se continue pas directement avec la valvule aortique postérieure. Vue du côté du ventricule droit, cette ouverture forme canal partant du lieu occupé par le septum membraneux pour se terminer au tiers gauche et antérieur de la valvule antérieure de la tricuspide à la base du cône artériel pulmonaire. Les muscles papillaires de l'orifice auriculo-ventriculaire droit sont très développés et hypertrophiés. La cavité ventriculaire droite paraît rétrécie. L'orifice pulmonaire est rétréci d'une façon très évidente, ainsi que le cône pulmonaire. Les autres orifices sont normaux; le trou de Botal est oblitéré. La cloison interventriculaire paraît diminuée dans le diamètre antéro-postérieur, au niveau du septum antérieur, qui proémine dans le ventricule droit comme s'il avait subi une pression d'avant en arrière. Les gros vaisseaux semblent occuper leur position naturelle; toutefois, au-dessus de la communication, l'aorte en ce point (et c'est le seul) est un peu déviée à droite, et une ligne droite tirée de l'interstice valvulaire vient tomber presque sur la paroi droite du septum interventriculaire droit.

RÉFLEXIONS. — On sait que de nombreuses théories ont été émises pour expliquer l'origine des communications interventriculaires du cœur. Cette question semble avoir été résolue définitivement par les travaux de M. Rokitsansky (1). Les anomalies du genre de celles qui nous occupent ne peuvent se produire que si le septum du tronc commun artériel n'a pas pris son origine à sa place normale et s'il a subi un déplacement, qui empêche alors sa réunion au septum interventriculaire. Dans certains cas, on peut même voir non pas une lacune, mais une sorte de gouttière oblique dont les parois sont formées par les deux septums, l'un ayant continué à croître au delà de la partie avec laquelle il devait se réunir.

Mais ordinairement, et c'est ici le cas, on ne constate qu'une perte apparente de substance de la cloison, donnant lieu à une communication qui siège réellement à la partie postérieure du septum antérieur. En effet, la partie

(1) V. Rokitsanski. — *Die Defecte der Scheidewände d. Herzens* (avec 50 pl.), gr. in-4, 1876.

moyenne du septum ou septum membraneux ne saurait être mise en cause; la lésion ne semble exister à son niveau que par suite de la torsion et de la déviation à droite de l'orifice aortique, déviation que nous devons évaluer dans notre cas à la longueur d'une demi-valvule environ. Le fait est rendu très évident par la présence de l'espace membraneux au-dessous de la moitié gauche de la valvule postérieure de l'aorte. Si la plupart des auteurs admettent la plus grande fréquence des communications interventriculaires au niveau du septum membraneux, ceci n'est dû qu'au lieu apparent de ces perforations, à ce qu'ils n'avaient pas saisi leur pathogénie et à ce que le septum membraneux déplacé échappait à leurs recherches.

Pour nous résumer, nous dirons que chez notre chatte la perforation siégeait à la partie postérieure du septum antérieur interventriculaire; qu'elle est due, comme l'a si bien expliqué M. Rokitansky, à une anomalie de développement (erreur de lieu de formation), s'accompagnant, comme il arrive souvent, d'anomalies concomitantes, telles que rétrécissement du cône artériel pulmonaire et de l'orifice aortique (1).

14. Idiotie congénitale complète; Tuberculose pulmonaire et intestinale; Rougeole; Mort.—Autopsie: Rein unique; Lésion des circonvolutions, etc.; par BOURNEVILLE et P. BRICON.

Le fait suivant nous a paru si intéressant à publier non seulement parce qu'il a trait à une forme spéciale d'idiotie, maladie dont on ne publie qu'assez rarement des observations, mais aussi parce que l'autopsie nous a permis de découvrir une lésion congénitale.

(1) En ce qui concerne l'étiologie des autres communications entre les diverses cavités cardiaques, nous renvoyons à l'ouvrage de M. Rokitanski. Ceux de nos lecteurs qui voudraient faire des recherches historiques au sujet de ces communications consulteront avec fruit les ouvrages du Dr Da Costa Alvarenga sur cette question (*Anatomie pathologique et pathogénie des communications entre les cavités droites et les cavités gauches du cœur*, trad. française de Bertherand, Marseille, 1872, etc.), les *Traité d'anatomie pathologique*, de Orth, de Lancereaux, etc. — Nous avons naturellement passé sous silence les perforations qui peuvent rarement être attribuées à des lésions matérielles, telles que les anévrysmes de la cloison membraneuse, etc.

OBSERVATION. — *Idiotie complète congénitale. — Père alcoolique et violent. — Grand'mère paternelle hémiplegique. — Grossesse : chagrins, traumatisme. — Premiers signes d'idiotie à deux mois ; jamais de convulsions. — Fracture de la jambe droite à 4 ans. — Balancement, grincements, colères, cris diurnes et nocturnes ; parole nulle ; gâtisme. — Diarrhée. — Rougeole (1883). — Tuberculose. — Mort. — Autopsie : Rein en fer à cheval ; — tuberculose pulmonaire et intestinale.*

Assassin, Eugène Louis, 8 ans, est entré à Bicêtre, le 15 novembre 1882 (service de M. BOURNEVILLE) et y est mort le 30 avril 1884.

Renseignements fournis par sa mère (21 novembre 1882). Père, 37 ans, maçon, grand, fort, marié à 29 ans ; il buvait alors beaucoup, surtout du vin ; il s'enivrait une ou deux fois par mois ; depuis trois ans, les excès sont moins fréquents. Il fume 20 centimes de tabac par jour. Il n'a ni migraines, ni céphalalgie, sauf à la suite de ses ivresses ; il n'aurait jamais eu de maladies cutanées ni de maladies vénériennes, ni de convulsions dans l'enfance ; il n'a eu aucune maladie depuis son mariage. Il est violent : « j'ai été battue pour commencer. » [Père, mort on ne sait de quoi, à 45 ans. Il avait fait de nombreux excès de boisson : « lui, c'était des alcools. » — Mère, morte il y a deux mois ; a été atteinte d'une hémiplegie gauche pendant les trois dernières années. Elle était sobre ; n'avait jamais eu d'attaques de nerfs. — Un frère dont on n'a plus eu de nouvelles depuis la guerre de 1870 ; deux sœurs, mortes du croup. Aucun détail sur les grands parents. Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas d'autres paralytiques, pas de tics, pas de difformes, ni de suicides ou de criminels dans la famille.]

Mère, 37 ans, blonde, rousse, petite, fatiguée (elle est enceinte de 8 mois 1/2 ; intelligence à peu près ordinaire ; tisseuse, ménagère. Elle serait un peu nerveuse, mais n'aurait pas eu d'attaques ni convulsions dans l'enfance, ni migraines, ni syncopes ; pas de dermatoses. Elle a eu une fièvre typhoïde à 18 ans. [Père, mort de fièvre typhoïde à 45 ans, à l'époque où elle-même était atteinte de la même affection. Il était tisseur, sobre et n'était pas nerveux. — Mère, 70 ans, bien portante, n'a pas eu de maladies nerveuses. On ne peut fournir des renseignements que sur les grands parents maternels. Le grand-père est mort à 79 ans en 8 jours ; il n'était ni paralysé, ni dément ; la

grand'mère est morte des suites d'une fracture compliquée à l'âge de 55 ans. — Un *frère* est mort à 13 ans d'une « inflammation d'intestins. » Pas d'aliénés, etc., dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Le *père* du malade a eu d'une première femme, morte poitrinaire, deux *enfants* qui sont morts à 2 mois et à 6 mois et un mort-né avant terme. Il a eu de sa seconde femme 5 enfants; celle-ci est enceinte du sixième: 1° garçon, 14 ans, intelligent, bon ouvrier, n'a pas eu de convulsions; 2° fille morte à neuf jours « d'une esquinancie dans la gorge »; pas de convulsions; 3° notre malade; 4° garçon, mort à quatre mois et demi de cholérine (vomissements et diarrhée); 5° fille, 19 mois, bien portante, n'a pas eu de convulsions; commence à parler et à marcher.

Notre malade. — A l'époque de la *conception*, le *père* buvait beaucoup; il était très violent et battait sa femme. Il voulait avoir des rapports sexuels quand il était ivre, mais elle s'y serait toujours refusée. *Grossesse* accidentée par des chagrins et par les peurs que lui causait son mari « qui avait un mauvais vin. » Elle dut le quitter vers le troisième mois de sa grossesse, alla chez sa mère et ne revint avec lui que trois à quatre mois après. Ni coup, ni chutes, ni constriction de l'abdomen; pas d'alcoolisme. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. A la *naissance*, l'enfant n'était pas asphyxié; il était fort et bien constitué. Il fut élevé au sein par sa mère jusqu'à quinze mois. Au bout de deux mois « ma belle-mère disait que mon enfant n'avait pas les yeux comme les autres enfants. » Il n'aurait jamais eu de convulsions. Première dent à 8 mois 1/2 (les autres auraient ensuite poussé assez vite).

Assas... n'a marché que vers l'âge de 4 ans, et à quatre ans, il eut une fracture de la jambe droite: quand on la lui a arrangée, il a dit « bobo »; il aurait parfois prononcé le mot papa, et c'est tout. Il n'aurait jamais ri comme les autres enfants. Depuis un an, il se sert de ses mains; auparavant, il ne savait pas porter à sa bouche. Il ne bave ni ne suce; *balancement* de la tête seulement; fréquent *grincement des dents*. Assas... est sujet à des accès de colère; *rit et crie* sans motif appréciable, de jour et surtout de nuit; on a essayé de le corriger sans succès: sommeil capricieux. Appétit vorace, mastication nulle, salacité pour les débris d'aliments, parmi lesquels toutefois il choisissait; il n'a jamais mangé ses excréments; pas de rumination; selles régulières, parfois en diarrhée; il a toujours été gâteux. Pas de vers, pas d'onanisme. Rougeole à trois

mois, croûtes du cuir chevelu à 2 ans. Il n'a eu ni otite, ni ophthalmie, ni engelures, ni diphthérie, etc.

Etat actuel. — *Tête* : l'occiput est saillant ; il existe un méplat à la partie supérieure de l'occipital et postérieure des pariétaux. Les bosses pariétales sont peu saillantes ; les bosses frontales sont proéminentes, égales. Les régions latérales et sus-orbitaires sont fortement déprimées surtout à gauche, aussi en résulte-t-il une plus forte saillie des bosses frontales. L'arcade sourcilière est déprimée. Le crâne paraît à peu près symétrique, présente une forme générale quadrangulaire. Le nez est petit, à dos légèrement concave. Les régions orbitaires sont amaigries, cerclées. Les paupières ne présentent rien de particulier, l'iris est gris verdâtre ; les pupilles sont égales, dilatées et réagissent. Les régions malaires sont égales, peu saillantes malgré l'amaigrissement. La portion buccale des joues est légèrement concave, peu colorée. La bouche est petite : les lèvres sont minces, quoique l'inférieure paraisse épaisse à cause du prognatisme de la mâchoire inférieure. Le menton est rond, large et épais. Les oreilles sont larges, aplaties, peu écartées, bien ourlées, sans lobule, de dimension égale (5 centim. sur 3 cent.) L'oreille externe gauche est dirigée d'avant en arrière, plus obliquement que l'autre ; elle est mieux ourlée.

Diamètre occipito-frontal.	16 cent.
Diamètre bi-pariétal.	14 cent.
Diamètre bi-orbitaire.	9 cent.
Circonférence horizontale du crâne.	50 cent.
Courbe bi-auriculaire (d'un conduit auditif externe à l'autre).	29 cent.
Courbe autéros-postérieure.	34 cent.

La face est ovale ; elle est surplombée par le front. Une ligne droite de la racine du nez au menton mesure 8 centimètres, de la ligne d'implantation des cheveux à la racine du nez 6 centimètres.

Les piliers du voile du palais sont réguliers ; la voûte palatine est assez profonde en avant et un peu ogivale ; les amygdales sont normales ; pharynx, rien de particulier.

Le cou est très grêle (23 centim.). Les veines du cou sont saillantes.

Le thorax est très amaigri ; les clavicules et les côtes sont saillantes ; on constate aux extrémités antérieures des côtes un léger chapelet rachitique ; la forme conique du thorax est exagérée, les fausses côtes sont déjetées en dehors. Le soulèvement cardiaque est surtout plus pro-

noncé dans le quatrième espace intercostal en dedans de la ligne mamillaire (2 centim.).

L'*abdomen* est ballonné, mais souple; la matité *hépatique* est très limitée et ne se perçoit pas en avant. *Rate*, percutable. La digestion était normale (constipation) jusqu'à ces derniers temps, où on a noté de la diarrhée.

Les *membres supérieurs* sont égaux, réguliers, grêles, les mains longues, très fines, les doigts à leur extrémité un peu en spatule.

Les *membres inférieurs* sont égaux, réguliers, grêles; les genoux et les malléoles sont déformés (noueures rachitiques). Les mouvements paraissent normaux.

Peau: cheveux blonds peu fournis s'étendant jusque sur les bosses frontales; sourcils blonds peu abondants; cils blonds et longs. Très léger duvet sur les joues et la lèvre supérieure. La peau du corps est fine.

Les *testicules* sont descendus; le gauche est un peu plus élevé que le droit. La *verge* est petite; *phimosis*. Pas d'*onanisme*.

La *sensibilité générale* est conservée. Le *goût* et la *vue* paraissent normaux, mais l'enfant ne paraît pas percevoir les odeurs (*assa-fœtida*, ammoniacque, etc.)

1882. — 15 novembre. Poids: 14 kilogr., 800. Taille, 1 m. 02. — 30 Novembre. Dans les premiers jours de son arrivée, il semblait toujours avoir peur, s'asseyait dans les coins. Depuis quelques jours, il va et vient, ne reste plus assis. est plus rassuré.

1883. Janvier. — Poids: 15 kilogr., 100. Taille: 1. m. 04.

3 avril. L'enfant n'urinait que très peu et difficilement, est monté à l'infirmerie. Le *phimosis* est très serré, ne permet pas même de découvrir le méat. On dilate facilement l'orifice préputial, mais on n'arrive que le soir, après un nouveau sondage, à franchir le col (spasme ?) il s'écoule d'abord une très petite quantité d'urine, puis peu après une urine abondante.

4 avril. T. R. 40°,4. — Soir: 40°,2.

5 avril. T. R. 39°,8. — Ce matin, l'enfant est éveillé, Langue sale; un peu de diarrhée, sans météorisme. On ne trouve rien aux poumons. Eau de sedlitz, sulfate de quinine, 0 gr., 25. — Soir: 40°.

6 avril. Inappétence; l'enfant ne prend qu'un peu de lait. La diarrhée est abondante; urination normale. Rien à l'auscultation. Pas de taches sur l'abdomen. Pouls rapide; pleurs fréquents: la main fraîche appliquée sur la tête paraît lui être agréable. Sulfate de quinine: 0 gr. 25 T. R. 39°,4. — Soir: 40°,4.

7 avril. Même état, face pâle anémiée ; l'abdomen n'est pas ballonné, mais il semble douloureux vers la partie inférieure où l'enfant porte souvent la main ; pas de diarrhée ; urine abondante. T. R. 39°,4 — Soir : 40°,2.

8 avril. T. R. 38°,8. — Soir : 40°,4.

9 avril. Face amaigrie, yeux excavés ; sillons nasolabiaux égaux ainsi que les plis du front ; lèvres rosées, humides. Les gencives sont un peu fongueuses, l'haleine rappelle celle de la stomatite ulcéro-membraneuse ; il n'y a pas d'ulcérations. La langue est sale, mais non rouge ; large, saburrale ; les piliers sont roses, réguliers ; les amygdales et la voûte palatine ainsi que le pharynx, ne présentent rien de particulier. La soif est vive et l'enfant manifeste ce besoin en disant : « à boi ! à boi ! » Il boit ordinairement avec avidité, mais parfois il refuse la boisson. Pas de vomissements. L'abdomen n'est ni ballonné, ni déprimé ; il est souple ; la pression ne paraît pas y occasionner de douleur ; sonorité partout : le foie et la rate ne paraissent pas avoir augmenté de volume ; le malade n'a pas eu de selles depuis avant-hier. T. R. 38°,8. — Soir : 40°.

10 avril. T. R. 39°. — Soir : 39°,4.

11 avril. T. R. 38°,4. — Soir : 38°,3.

12 avril. T. R. 38°,2. — Soir : 39°,2.

13 avril. P 88 ; T. R. 39°. Pas de toux ; l'auscultation et la percussion ne fournissent aucune donnée et sont du reste difficiles à pratiquer. L'élasticité est conservée. Julep avec 2 gr. d'extrait de quinquina.

14 avril. T. R. 37°,2. — Soir : 38°,4.

15 avril. T. R. 38°,2. — Soir : 38°,2.

16 avril. T. R. 38°,4. — Soir : 38°,4.

17 avril. T. R. 37°,4. — Soir : 39°.

18 avril. T. R. 38°,4. — Soir : 40°,2.

19 avril. T. R. 39°,2. — Soir : 39°,2. L'enfant est très amaigri ; il ne prend que des bouillons, que des potages et du lait ; il ne vomit pas, est constipé. Il se plaint continuellement, grince des dents, ne tousse pas. La bouche est sèche, les lèvres fuligineuses. Les yeux renferment à l'angle interne du mucus concret. Deux verres d'eau de sedlitz ; sulfate de quinine, 0 gr., 25.

20 avril. T. R. 39°. — Soir : 39°,2.

21 avril. T. R. 38°,4. — Soir : 39°,2.

22 avril. T. R. 38°,4. — Soir : 39°,4.

23 avril. T. R. 38°,2. — Soir : 38°,4.

24 avril. T. R. 38°. — Soir : 38°,2.

25 avril. T. R. 37° — Soir : 38°. L'enfant est à peu près dans le même état général malgré l'abaissement de la

température ; il ne mange pas, tousse un peu. Continuation du sulfate de quinine.

26 avril. T. R. 37°,2. — Soir : 38°,2.

27 avril. T. R. 37°,4. — Soir : 39°.

28 avril. T. R. 37°,2. — Soir : 38°,4.

29 avril. T. R. 37°,4. — Soir : 38°,2.

30 avril. T. R. 38°,2. — Soir : 37°,4.

1^{er} mai. T. R. 37°,4. — Soir : 38°.

2 mai. T. R. 37°,6. — Soir : 39°,2.

3 mai. T. R. 38°. — Soir : 38°,2.

4 mai. T. R. 38°. — Soir : 38°,4.

5 mai. T. R. 37°,8. — Soir : 38°,2.

6 mai. T. R. 39°,6. — Soir : 40°. L'enfant tousse ; on trouve des râles de bronchite, et une éruption apparaissant sur la racine des cheveux, sur les joues et derrière les oreilles ; selles régulières, langue sale. Conjonctivite palpébrale droite.

7 mai. L'éruption consiste en petites taches d'un rose peu intense, s'effaçant par la pression ; elle forme autour du front, vers la racine des cheveux, comme une couronne ; ces taches sont plus nombreuses autour des bosses frontales, assez nombreuses sur les joues, surtout à la partie inférieure, sur le nez, sur le menton et derrière les oreilles. Il n'en existe pas au cou ni sur les autres parties du corps. Conjonctivite palpébrale purulente très intense ; injection peu marquée de la conjonctive. Langue sale ; rien à la gorge ; constipation : pas de vomissements. La percussion et l'auscultation sont normales ; la toux est rare. T. R. 40°,2. — Soir : 38°,2.

8 mai. L'éruption est limitée à la face. Respiration peu gênée. A l'auscultation on trouve très peu de râles. Constipation. T. R. 38°,8. — Soir : 39°,8.

9 mai. L'éruption persiste à la face où elle est toujours limitée. Toux rare ; cris, grincement de dents. L'auscultation, très difficile, ne décèle rien. A la percussion on constate une diminution de sonorité dans toute la hauteur en arrière, en avant elle est normale. Larmoiement. Coryza presque nul ; haleine un peu fétide ; rien à la gorge. Soif assez vive ; constipation. Pas de vomissements. T. R. 39°,9. — Soir, 37°,6. — 20 gr. d'huile de ricin. Julep extrait de quinquina ; tisane de violette.

10 mai. L'éruption est plus visible au front, près la racine des cheveux. L'auscultation ne donne rien quoique la sonorité soit diminuée surtout à gauche. L'enfant a été très abattu dans la journée d'hier. Selles régulières. Pas de vomissements. T. R. 37°,3. — Soir, 38°,6. — Julep avec

4 gr. d'acétate d'ammoniaque et l'extrait de quinquina.

11 mai. L'éruption s'efface au front et sur les joues. On ne constate toujours rien sur les autres parties du corps. L'auscultation est négative partout, sauf à la base gauche où la respiration est très sèche. Percussion normale. Conjonctivite légère; langue humide, haleine fétide; rien à la gorge. L'abattement est beaucoup moins prononcé. Selles régulières. Même traitement. T. R. 37°. — Soir : 37°,8.

12 mai. Percussion et auscultation normales; grincement continu des dents (non usés). Haleine un peu fétide; amaigrissement progressif. Rien à la gorge. T. R. 37°. — Soir : 37°,8.

13 mai. L'enfant va mieux. Rien à la poitrine. T. R. 37°,4. — Soir : 37°,8.

14 mai. Hier quelques taches rouges ont apparu sur le visage. Constipation. T. R. 37°. — Soir : 38°.

15 mai. Eruption de petites taches rouges inégales sur le front, les joues et les parties supérieures du thorax; quelques-unes sont surmontées d'une petite vésicule (aspect d'éruption sudorale); les deux membres supérieurs présentent au niveau de la face dorsale du poignet et de la portion correspondante de l'avant-bras une éruption analogue, plus foncée (l'enfant place habituellement les deux mains sous la tête reposant sur l'oreiller par la face dorsale). Sudation très abondante. Toux légère; râles peu nombreux. Constipation. Dans la fosse iliaque gauche on perçoit par le palper de petits noyaux durs du volume d'une noisette, ne paraissant pas adhérer à la peau (sciballes). T. R. 36°,9. — Soir : 37°,4. Lavement glycéринé; huile de ricin.

16 mai. Toux très rare. Rien à l'auscultation et à la percussion. L'éruption de la face dorsale des poignets et de la face commence à s'effacer. Selles copieuses à la suite du lavement. T. R. 37°,2. — Soir : 37°,8.

17 mai. T. R. 37°,4. — Soir : 37°,2.

18 mai. T. R. 37°. — Soir : 37°,4.

19 mai. T. R. 37°. Même état. Constipation.

21 mai. L'éruption n'a pas encore complètement disparu. La vessie fait saillie au-dessus du pubis, cependant l'enfant a uriné cette nuit.

27 juin. L'enfant est complètement remis. L'affaiblissement des jambes qui existe à la suite de sa rougeole a disparu; il marche seul aujourd'hui. Le soir, une fois couché, il reprend ses habits et s'habille seul, tandis que le matin on n'a encore pu l'habituer à s'habiller.

30 juin. Poids: 15 kilog. 500 gr. Taille: 1 m. 4 cent.

5 décembre. Quand l'enfant est assis, il se balance; l'index gauche appuyé devant l'oreille correspondante, il semble attentif comme s'il écoutait; parfois grimaces de la bouche tirée à droite ou à gauche.

1884. 31 janvier. Poids: 16 kilog 600 gr. Taille: 1 m. 6 cent.

11 mars. Depuis trois à quatre jours, l'enfant n'a pas été à la selle; abdomen tympanisé. Anorexie. Cataplasmes. Lavements. T. R. 38°,6. — Soir: 38°.

12 mars. T. R. 38°. — Soir: 38°,2.

13 mars. T. R. 38°. — Soir: 38°.

14 mars. T. R. 37°,7. — Soir: 37°,6.

15 mars. T. R. 37°,5. — Soir: 37°,4.

16 mars. T. R. 37°,3. — Soir: 37°,4.

17 mars. T. R. 37°,3.

22 avril. L'enfant est pris maintenant d'une diarrhée abondante de couleur sépia et fétide. Tympanisme de l'abdomen sensible à la pression et sur lequel se dessine un réseau veineux superficiel. Pas de vomissements. Le malade n'a pas l'air abattu. Les pommettes sont colorées. Lait. Bouillon. Biscuits: 2 gr.

23 avril. T. R. 38°. — Soir: 39°,1.

24 avril. T. R. 38°,1. — Soir: 38°,5.

25 avril. T. R. 38°. — Soir: 39°.

26 avril. T. R. 38°,2. — Soir: 38°,4.

27 avril. T. R. 38°,3. — Soir: 39°.

28 avril. T. R. 39°. — Soir: 40°.

29 avril. La diarrhée continue; l'abdomen est sonore, souple, paraît peu ou point douloureux. L'enfant est très abattu; les lèvres sont un peu fuligineuses, mais il n'existe pas d'état typhoïde accentué. Le visage est pâle et amaigri. La percussion est normale; à l'auscultation on entend de temps à autre des râles ayant un peu le caractère de frottements; l'auscultation est, du reste, difficile à pratiquer à cause de l'état du malade.

Circonférence du thorax au niveau du mamelon . 55 centim.

Au niveau de l'appendice xyphoïde au moment
de l'expiration. 57 1/2 centim.

Les avant-bras, les mains, les genoux et les pieds sont cyanosés. Viande crue, lait, bouillon; eau albumineuse et laudanum II gouttes. T. R. 39°,1. — Soir: 39°,7.

30 avril. T. R. 39°. L'enfant meurt à deux heures de l'après-midi sans convulsions. La diarrhée avait cessé depuis dix heures du matin. Les selles n'ont jamais été sangui-

nolentes ; elles étaient d'un vert grisâtre. Il n'y a jamais eu de vomissements. T. R, après la mort : 40°,5 ; une heure après : 39°,8 ; deux heures après : 38°,7.

AUTOPSIE (2 mai 1884). — La cavité abdominale ne contient aucun liquide anormal ; les intestins occupent leur position normale, sauf l'S iliaque qui est très dilatée. L'estomac est de même très dilaté. Le péritoine est sain ; pas de tubercules. Le foie ne déborde pas les fausses côtes ; le diaphragme s'élève de chaque côté à la hauteur ordinaire. Adhérence partielle du péricarde avec les poumons. Pas de liquide dans la cavité péricardique.

Cœur normal (90 grammes) dans toutes ses parties ; le trou de Botal est perméable. On constate une adhérence totale des deux feuillets des plèvres ; au sommet du poumon droit, on trouve quelques granulations tuberculeuses, et dans le lobe moyen, un noyau de broncho-pneumonie. Les ganglions péri-bronchiques sont caséux. Poids : P. droit, 240 gr. P. gauche, 165 gr. La rate (90 gr.) n'offre qu'un peu de périsplénite.

Le larynx ne présente rien de particulier ; la glande thyroïde est légèrement hypertrophiée et en dégénérescence colloïde.

Appareil urinaire. — Les uretères sont très dilatés et présentent la dimension d'une grosse plume d'oie ; toutefois, la dilatation est beaucoup plus prononcée à la partie supérieure. — Les deux bassinets sont également très dilatés.

Au moment de faire la coupe antérieure pour dégager le rein gauche, l'on s'aperçoit que les deux reins sont unis par leur extrémité inférieure. Les deux reins sont dirigés de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans. Leur extrémité supérieure correspond à l'union de la première avec la seconde vertèbre lombaire. Le milieu de la courbure du fer à cheval repose sur le disque qui sépare la quatrième vertèbre lombaire de la cinquième. Les deux reins ont subi une sorte de mouvement de bascule qui reporte le hile en avant. Les deux uretères descendent obliquement, passent à 2 centimètres de la partie médiane antérieure du fer à cheval, sur lequel ils laissent leur empreinte ; sur la partie médiane antérieure du fer à cheval se trouve une dépression dirigée de haut en bas et semblant indiquer la ligne de fusion des deux reins.

La décortication du rein, qui n'est pas lobulé, s'opère avec facilité. A sa surface se trouvent un certain nombre d'étoiles de Verreyen. A la coupe, le rein paraît normal ; il

est un peu congestionné. Les deux bassinets sont remplis d'un magma briqueté formant une bouillie liquide. A l'examen microscopique, l'on constate que ce magma, jaune, sablonneux, est formé principalement par des cylindres épithéliaux, hyalins et cireux, des cellules épithéliales isolées, des cristaux d'acide urique, d'urate de soude et d'urate d'ammoniaque.

La longueur totale du fer à cheval est de 23 centimètres environ; celle de la partie horizontale, de 9 centimètres (mesures prises sur le milieu de la face antérieure). La largeur de l'extrémité supérieure est de 4 centimètres; à l'union de leur extrémité inférieure, cette largeur se trouve réduite à 2 centimètres et demi. Le bassinnet gauche a une longueur de 4 centimètres et le droit de 3 centimètres.

DESCRIPTION DES ARTÈRES ET VEINES. — RAPPORTS. — Les artères diaphragmatiques inférieures, le tronc cœliaque, les mésentériques supérieure et inférieure occupent leur situation normale ordinaire et n'offrent aucune anomalie. — Les artères rénales ainsi que les veines sont au nombre de deux de chaque côté; elles prennent naissance sur l'aorte et la veine cave à 5 centimètres environ de distance; les inférieures naissant à 1 et 2 centimètres au-dessous de la mésentérique inférieure. Les artères rénales supérieures entrent dans le rein à la partie supérieure du bassinnet, quelques-unes de leurs divisions passent en arrière ou pénètrent dans le rein au-dessus du hile. L'artère rénale inférieure gauche pénètre par plusieurs divisions dans le rein en arrière du bassinnet à 3 centimètres 1/2 au-dessus de la supérieure. L'artère rénale inférieure droite s'enfonce directement dans le rein à 1 centimètre environ en arrière du hile. Ces artères sont accompagnées par des veines rénales assez grêles. Enfin nous trouvons une artère médiane venant de l'iliaque primitive droite d'une largeur de 1 centimètre environ et pénétrant dans la substance rénale par deux divisions au bord inférieur et médian de la partie transversale du rein, au niveau de la dépression indiquant l'union des deux reins.

Le canal cholédoque est perméable. — Le duodénum et l'estomac ne présentent rien de particulier. — Le foie est normal sauf un peu de périhépatite. — Les ganglions iléo-cœcaux sont hyperémiés et hypertrophiés; à l'ouverture de l'intestin l'on constate alors que quelques follicules sont très saillants, que quelques glandes de Peyer sont ulcérées; une de ces ulcérations qui siège sur l'iléum a une direction transversale, comprend un tiers de la circonférence de

l'intestin ; ses bords sont irréguliers, déchiquetés et décollés ; cette ulcération s'étend en profondeur jusqu'à la

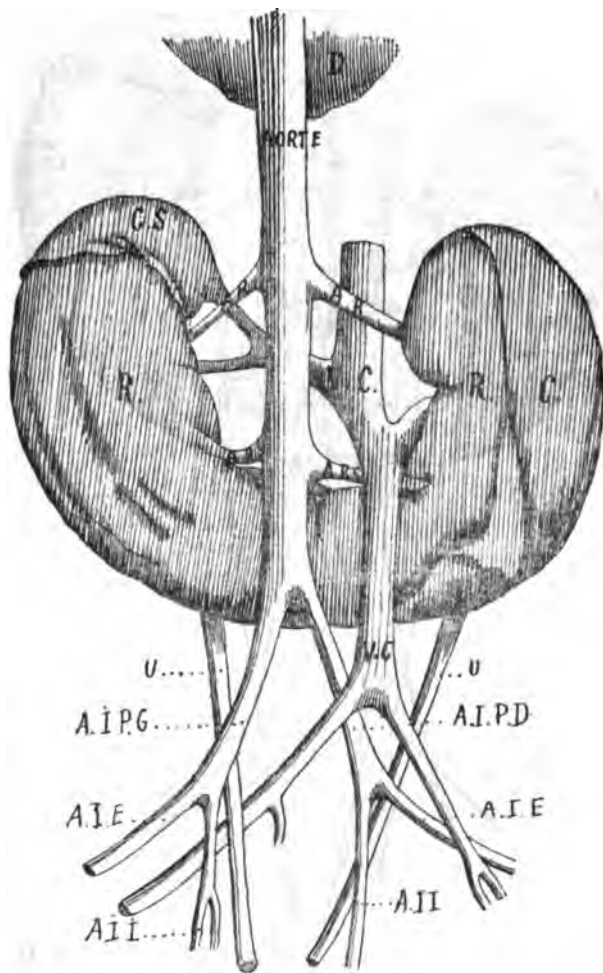


Fig. 7. Rein en fer à cheval vu en arrière. — R. rein ; C. S., capsule surrénale ; A. R., artère rénale ; V. C., veine cave ; A. R. S., artère rénale supplémentaire ; U., uretère ; A. I. P. D., artère iliaque primitive droite ; A. I. P. G., artère iliaque primitive gauche ; A. I. E., artère iliaque externe ; A. I. I., artère iliaque interne.

tunique musculaire (*tuberculose intestinale*): On trouve encore dans l'intestin quelques lombrics.

Tête. — Sur le cuir chevelu on constate une petite ecchymose à la région temporale gauche. La *dure-mère* n'offre rien de particulier. — Les sinus contiennent des caillots noirs. Toute la partie droite de la base du crâne est peut-être un peu plus profonde que la gauche. La *pie-mère* de la base est partout très vascularisée; il existe quelques légères adhérences faciles à rompre entre les deux lobes orbitaires en avant du chiasma. *Encéphale* 1220 grammes; *cervelet et isthme* 140 grammes. Les *hémisphères cérébraux* ont le même poids. Les *nerfs optiques* paraissent égaux, mais la *bandelette optique gauche* est plus petite que la droite. — Le *tubercule mammillaire gauche* est un peu plus petit que le droit. — Les *pédoncules cérébraux* paraissent égaux; la *protubérance* est symétrique.

Lorsqu'on a incisé les deux pédoncules et ouvert les ventricules on aperçoit, placée entre les tubercules quadrijumeaux, sur la ligne médiane, à 5 millimètres en avant de l'extrémité postérieure du corps calleux une *petite tumeur* arrondie, d'un gris rosé, de 8 à 10 millimètres de diamètre, contenue dans les plexus choroides; elle empiète un peu plus sur la droite; elle laisse entre elle et la couche optique un espace de 5 millimètres: cette tumeur n'est autre que la *glande pinéale hypertrophiée*.

La *pie-mère* de la face interne des hémisphères est hyperémisée; on constate de même une hyperémie fine plus prononcée, presque ecchymotique, au bord supérieur sur la face convexe; elle est aussi prononcée des deux côtés. La *pie-mère* est un peu épaissie surtout à la convexité. — La *décortication* est partout facile. — La *pie-mère cérébelleuse* se décortique également bien; les hémisphères cérébelleux sont égaux et normaux à la coupe. — La *protubérance*, les *olives*, les *pyramides*, le *quatrième ventricule* n'offrent rien à noter.

Hémisphère droit. — La *première frontale* est très sinueuse, a des sillons profonds, envoie un pli de passage très sinueux à la partie moyenne de la deuxième frontale et s'insère en retrait sur la frontale ascendante par deux insertions. — La *deuxième frontale* est également très sinueuse avec des sillons assez superficiels; elle envoie un pli de passage à la troisième frontale et s'insère de niveau sur la frontale ascendante. — La *troisième frontale* est plissée, ramassée, et s'insère en retrait sur la frontale

ascendante. — La *frontale ascendante*, assez volumineuse, est rectiligne dans sa moitié inférieure, sinueuse dans sa moitié supérieure. — Le *sillon de Rolando* est profond et sinueux. — La *pariétale ascendante* est un peu moins développée que la frontale ascendante mais plus sinueuse. — Le *lobule pariétal supérieur* est volumineux, plissé (3 plis) ; il se bifurque en arrière en V qui reçoit entre ses branches le lobe occipital ; il envoie un pli de passage au pli courbe. — Le *lobule pariétal inférieur* composé de trois plis partant de son bord supérieur, l'un descendant le long de la pariétale ascendante à laquelle il envoie un pli de passage, les deux autres allant vers la première circonvolution temporale. — Le *pli courbe* est très sinueux, doublé en arrière d'un pli bifurqué envoyant un pli de passage au lobe occipital. — Le *lobe occipital* est peu développé avec des sillons très superficiels. Un sillon profond partant de son bord inférieur et allant s'ouvrir à la scissure parallèle sépare le lobe occipital du lobe temporal. Le *lobule de l'insula* présente trois digitations bifurquées. — La *première circonvolution temporale* est sinueuse, assez grosse, envoie deux prolongements au fond de la scissure de Sylvius. — Les *deuxième et troisième circonvolutions temporales* forment une masse ovoïde composée d'abord de deux plis antéro-postérieurs, puis de trois plis transversaux. — Le *lobule lingual* s'arrête loin de l'extrémité du lobe occipital. La *scissure parallèle* s'arrête moins haut que d'habitude et la scissure perpendiculaire vient empiéter de plus de 2 centimètres sur la face convexe.

Face interne. — La *première circonvolution frontale* très sinueuse reçoit un pli de passage de la circonvolution du corps calleux, ce qui fait que dans sa partie antérieure elle offre trois plis parallèles, tandis qu'elle ne possède dans sa partie postérieure que deux plis sinueux. — La *scissure calloso-marginale* est peu profonde. — La *circonvolution du corps calleux* est assez étroite et seulement un peu plissée en arrière. — Le *lobule paracentral* est très irrégulier, très sinueux avec deux encoches sur son bord supérieur et une autre considérable sur son bord inférieur et un sillon vertical. — Le *lobe carré* est volumineux, très plissé avec des sillons profonds. — Le *coin* est petit ainsi que le *lobe occipital* ; tous les deux ont des sillons peu profonds. — La *circonvolution de l'hippocampe* est courte, lisse, terminée en massue. — La *corne d'Ammon* n'est pas indurée. — Le *ventricule latéral* n'est pas dilaté.

Lobe orbitaire très plissé, sauf le gyrus qui est uni. —

Corps strié, couche optique et corps calleux, rien de particulier.

Hémisphère gauche. — a) Face convexe. — La première circonvolution frontale, très plissée, présente des sillons, les uns très profonds, les autres superficiels; elle envoie en avant un pli de passage à la deuxième circonvolution et s'insère sur la frontale ascendante par deux insertions, l'une de niveau faisant partie du bord supérieur, l'autre au fond du sillon. — *La deuxième circonvolution frontale* est très sinueuse; elle reçoit un pli de passage de la troisième frontale qui vient s'emboîter sur une partie un peu renflée; elle s'attache par deux insertions au fond du sillon, qui la sépare de la frontale ascendante en formant une sorte de concavité embrassant une partie arrondie de celle-ci. — *La troisième circonvolution frontale* est de même très sinueuse; elle vient s'insérer sur la frontale ascendante en bas et en retrait. — Les sillons qui séparent les circonvolutions frontales sont profonds. — *La circonvolution frontale ascendante* est sinueuse, rétrécie par places, légèrement oblique de bas en haut et d'avant en arrière. — Le sillon de Rolando est profond dans ses trois quarts supérieurs, superficiel en bas. — *La circonvolution pariétale ascendante*, sinueuse, est plus développée que la frontale ascendante; elle envoie un pli de passage aux lobules pariétaux supérieur et inférieur, et au lobe carré. — Le lobule pariétal supérieur est très sinueux et envoie un pli de passage au pli courbe et au lobe occipital. — Le lobule pariétal inférieur est sinueux, avec des sillons superficiels. — Le pli courbe est sinueux, très irrégulier; du sommet de la scissure parallèle partent en rayonnant quatre sillons qui séparent le pli courbe et le rendent ainsi irrégulier; entre le pli courbe et le lobe occipital, il y a une circonvolution qui, en bas, envoie un pli de passage au lobe occipital. — Le lobe occipital est composé de circonvolutions petites et plissées. — Le lobule de l'insula présente trois digitations toutes bifurquées. — La première circonvolution temporale, bien développée, sinueuse, envoie trois plis de passage vers le fond postérieur de la scissure de Sylvius; ils sont volumineux et distincts. — Les deuxième et troisième circonvolutions temporales sont confondues et formées de plis transversaux; un sillon assez profond les sépare du lobule lingual. — La scissure parallèle est à peu près horizontale dans tout son trajet, se prolonge jusqu'au voisinage de l'extrémité de l'hémisphère et n'est séparée de la scissure perpendiculaire que par un pli étroit. La scis-

sure perpendiculaire empiète de plus d'un centimètre sur la face convexe.

b) *Face interne.* — La première circonvolution frontale est sinueuse et assez développée. — La scissure caloso-marginale est assez profonde et très sinueuse. — La circonvolution du corps calleux est sinueuse; en avant,

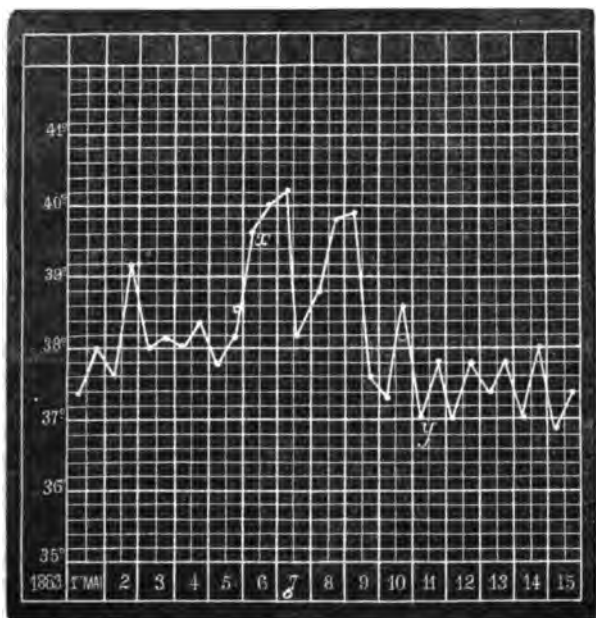


Fig. 8. — x, début de l'éruption. — y, fin de l'éruption.

entre elle et la première frontale, il existe une petite circonvolution qui n'est unie à ces deux circonvolutions qu'à son extrémité inférieure et qui en reste distincte dans tout le reste de son étendue. — Le lobe paracentral est assez gros, avec un sillon profond en forme de V ouvert en arrière et en haut. — Le lobe carré est composé de plis grêles, séparés par des sillons profonds. — Le coin, assez peu développé, est formé d'une seule masse. — La scissure pariéto-occipitale est profonde. — Le lobe occipital est peu volumineux, sinueux; il envoie un prolongement à la circonvolution de l'hippocampe et au lobule lingual. — Les circonvolutions de l'hippocampe, la corne d'Ammon,

le *corps strié*, la *couche optique* et le *corps calleux*, le *lobe orbitaire* ne présentent rien de particulier.

RÉFLEXIONS. — I. Nous n'avons à relever, dans les *antécédents* des ascendants, que l'*alcoolisme* du père et du grand-père paternel et, durant la *grossesse*, les chagrins et les émotions éprouvés par la mère. L'enfant n'a jamais ressemblé aux autres enfants : dès l'âge de deux mois, on s'apercevait que son regard n'était pas naturel ; plus tard, on s'inquiéta du retard de la parole, de la marche et de la persistance du gâtisme. L'ensemble des symptômes observés chez cet enfant, joint à l'*absence de convulsions*, nous a fait penser qu'il s'agissait là d'un cas d'*idiotie congénitale* reconnaissant pour cause un *arrêt de développement des circonvolutions*.

II. Les accidents divers survenus successivement chez cet enfant (diarrhée, tuberculose, rougeole, etc.), n'ont pas permis d'obtenir de résultats sérieux au point de vue du *traitement de l'idiotie* ; il n'a pu, en effet, participer aux exercices de la petite école qu'à de rares intervalles. Néanmoins, on était parvenu à lui apprendre à se servir d'une cuiller ; aussi, croyons-nous qu'il appartenait à la catégorie des idiots susceptibles d'une réelle amélioration. Cette opinion repose principalement sur ce fait que la lésion initiale avait achevé son évolution.

III. Parmi les maladies intercurrentes observées chez Assas..., nous insisterons sur la *rougeole* ; non pas parce qu'elle a présenté quelques anomalies, surtout dans le développement de l'éruption, mais parce que, l'enfant étant surveillé à cause de sa tuberculose, il nous a été possible d'avoir la *marche de la température* durant la période prodromique. Le tracé ci-dessus mérite donc un examen spécial. — La *période prodromique* semble s'être annoncée par une *élévation momentanée de la température* (39°,2 le 2 mai au soir) ; puis la température a baissé, a oscillé durant deux jours un peu au-dessus de 38° ; enfin le jour du début de l'*éruption* elle a monté à 39°,6 pour atteindre son maximum vers la fin du premier jour de l'éruption (Fig. 8). Les oscillations suivantes sont peut-être dues à ce fait que l'éruption s'est produite péniblement (1).

(1) Nous rappelons à nos lecteurs que le *Progrès médical* a pu-

IV. Les lésions notées du côté du *cerveau* consistaient en un arrêt de développement relatif des *circonvolutions cérébrales*; il n'y avait aucune lésion en foyer ni aucune trace de sclérose atrophique ou hypertrophique. Mentionnons encore, un peu à titre de curiosité, l'*hypertrophie de la glande pinéale*.

V. Deux autres faits intéressants ont été remarqués chez ce malade : un *phimosis* très prononcé et une *malformation des reins*. Il serait superflu d'insister sur le *phimosis*; nous y reviendrons lorsqu'on nous exposerons dans un travail spécial l'ensemble des malformations des organes génitaux que nous avons eu l'occasion d'enregistrer très fréquemment chez les épileptiques et chez les idiots.

Les cas de *rein en fer à cheval* sont loin d'être rares (1). Tantôt l'union se fait par l'extrémité supérieure, tantôt par l'extrémité inférieure. Les auteurs diffèrent d'opinion sur la fréquence de l'un ou de l'autre de ces modes d'union. Au premier abord il semblerait qu'elle dût se produire plus facilement par les extrémités supérieures, qui sont plus rapprochées l'une de l'autre. Dans les cas où l'union se fait par l'extrémité inférieure, la disposition des vaisseaux, celle des autres parties du rein, de l'uretère, etc., porteraient à admettre que cette union n'a pu se faire que par suite d'une sorte de bascule du rein, la face antérieure devenant postérieure et réciproquement.

Nous ne saurions nous prononcer définitivement à cet égard; en compulsant les observations, il nous a semblé que la fréquence de ces deux formes était à peu près la même. Nous avons vu personnellement l'un et l'autre des cas dans lesquels l'union avait lieu par l'extrémité supérieure, ou par l'extrémité inférieure.

Malgré le peu de rareté du rein en fer à cheval, nous avons cru devoir présenter cette pièce à la Société, parce

blié à diverses reprises, et notamment en 1882-1883, des observations nombreuses sur la *température* dans la rougeole.

(1) Il serait fastidieux de donner ici la bibliographie (qui ne saurait du reste être complète) des cas de reins en fer à cheval. Des observations nombreuses en ont été publiées depuis longtemps; on en trouve entre autres un grand nombre citées dans Morgagni : *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies*, 48^e lettre, p. 398, T. VII. Edition française de 1822; et dans Rayer, *Traité des maladies des reins*, T. III, p. 770, 1841.

que, d'une part, la position antérieure des uretères n'est jusqu'à présent que rarement notée dans la plupart des cas publiés (1) et que, d'autre part, il est généralement accepté (2) que cette malformation rénale ne produit aucun trouble physiologique. Or, l'enfant Assas..., qui fait l'objet de cette observation, a éprouvé des troubles de la miction évidemment dus à une compression plus ou moins prononcée des uretères ; ce que l'examen nécroscopique a confirmé. Il est donc hors de doute que dans les cas de reins en fer à cheval, unis par leur extrémité inférieure il peut exister des troubles physiologiques dus à la compression des uretères, quand ceux-ci se trouvent situés en avant du fer à cheval.

Le Secrétaire,

CHARRIN.

(1) Il est vrai de dire que très souvent la position des uretères, n'est pas mentionnée. Le cas figuré dans l'*Atlas de Rayer* (pl. III fig. 5), est presque identique au nôtre, uretères en avant, artères médianes provenant de l'aorte un peu avant sa bifurcation, etc.

(2) Lancereaux, art. *Rein* (pathologie) in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3^e série, t. III, p. 472, ligne 4.

OCTOBRE

Séance du 3 Octobre 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

1. M. PICQUÉ présente les pièces anatomo-pathologiques d'un homme atteint de *perforation du voile du palais* qui a succombé avec des phénomènes cérébraux. A l'autopsie, on a trouvé une sorte d'éburnation du rocher avec épaissement des méninges constituant une sorte de pachyméningite fibreuse. Ce serait là une lésion tuberculeuse. Les poumons n'ont pas pu être examinés.

MM. BALZER ET CHAUFFARD font observer qu'il pourrait s'agir de lésions syphilitiques, ce qu'il serait important de déterminer.

2. PRIX GODARD. Deux mémoires sont déposés pour concourir au prix Godard : 1° Une Etude sur la *méningite tuberculeuse* de l'adulte par M. Chantemesse ; 2° Un mémoire sur l'*atrophie cérébrale*, par MM. Ernst Jeuchassek et B. Marie. MM. Quinquaud, Quénu, Brissaud, Chauffard et Letulle, membres titulaires, sont désignés pour constituer la commission chargée d'examiner les mémoires déposés.

Séance du 10 octobre 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

3. Cancer du sein. — Généralisation dans les os du crâne.
— **Paralysie faciale a frigore concomitante;** par A. BROCA,
interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Hareng, Cécile, 54 ans, couturière, entrée le 10 septembre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV.

Cette femme a été admise à l'hôpital pour des troubles cérébraux assez mal déterminés. D'aspect non cachectique, d'un embonpoint suffisant, elle présentait un affaiblissement notable des mouvements dans les quatre membres. En outre, il y avait une paralysie complète du facial droit, avec participation de l'orbiculaire des paupières. Il était impossible à la malade de fermer complètement l'œil droit. Elle ne pouvait dire depuis quand elle avait la face ainsi paralysée. Cela semblait toutefois relativement ancien. La parole était bien conservée, mais il existait un état d'hébétéude des plus caractérisés, et on ne pouvait obtenir de réponses nettes. On n'observait rien d'anormal dans la vision non plus que dans le mouvement de l'œil. Il n'y avait aucune exophthalmie; les deux pupilles étaient égales. La malade n'accusait aucune douleur. Réflexe rotulien normal.

On pouvait songer à des accidents cérébraux de nature syphilitique. Le corps de la malade, examiné dans toute son étendue, ne présentait aucune marque que l'on pût rapporter à la vérole. Mais à la région mammaire droite, il existait une cicatrice transversale, adhérente aux côtes, soulevée à son extrémité interne par un bourgeon gros comme une noisette; la partie moyenne du sternum était un peu inégale. La malade raconta alors qu'elle avait été opérée d'un cancer du sein dans le service de M. Péan. (Les registres de l'hôpital la portent entrée le 28 mars 1884 et sortie le 7 mai 1884). Enfin, en palpant le crâne on constatait à la région pariétale droite, empiétant sur le frontal et remontant presque jusqu'à la suture sagittale, l'exis-

tence d'une tumeur dure, inégale, bosselée, adhérente aux téguments ; à sa palpation, la malade ne donnait aucun signe de souffrance.

Le diagnostic pouvait dès lors être établi : il s'agissait d'un cancer secondaire des os du crâne, causant des accidents de compression cérébrale. La tumeur siégeant à droite, du même côté que la paralysie faciale, il fallait admettre un envahissement du rocher droit. Cela rendait compte également de la paralysie de l'orbiculaire, indiquant une paralysie faciale périphérique.

Le lendemain, même état. Le surlendemain 12 septembre, le coma était à peu près absolu ; la malade marmottait quelques mots vides de sens. Quand on la pinçait, elle retirait le membre pincé. En outre, du côté de l'œil droit il y avait un léger degré d'exophtalmie ; le globe oculaire était immobile ; l'iris était dilaté et immobile à la lumière ; du côté opposé, il se contractait d'une manière évidente quand on approchait une lumière.

13 septembre. Coma absolu. Résolution complète. Insensibilité. L'exophtalmie a un peu augmenté. Morte le 14 septembre à 1 heure de l'après-midi.

AUTOPSIE pratiquée le 15 septembre à 1 heure de l'après-midi. La cicatrice de l'opération antérieure présente à sa partie interne un bourgeon gros environ comme une noisette. Elle est adhérente aux plans profonds et on constate que la dégénérescence carcinomateuse a envahi la paroi costosternale. Toute la partie moyenne du sternum, l'extrémité externe des côtes droites de la 3^e à la 6^e sont remplacées par un tissu blanc, assez résistant, mais se laissant couper au scalpel. Sous eux la plèvre n'est pas envahie, sauf à droite, en un point limité et là il y a adhérence de la plèvre pariétale à la plèvre pulmonaire, que la néoplasie commence à gagner. Derrière le sternum, il y a une saillie notable, sous-périostique. Dans les poumons existent, à la surface, quelques petits nodules blancs, indurés. Le péricarde, le cœur sont sains.

Cavité abdominale. La paroi abdominale présente une couche adipeuse d'une grande épaisseur. Le mésentère, les épiploons sont également surchargés de graisse. *Foie.* La face convexe présente quelques petits points blanchâtres, non saillants. Une incision pratiquée à leur niveau montre des noyaux arrondis, gros comme des noisettes, dont la coupe a une coloration blanc rosé. D'assez nombreux noyaux semblables se voient dans l'épaisseur du foie. A la face inférieure du lobe gauche il y a deux sail-

lies grosses comme des noix, ombiliquées à leur centre, correspondant à des masses identiques aux précédentes. Rien dans les reins, dans la rate ni dans le tube gastro-intestinal. La paroi antérieure de la colonne vertébrale, mise à nu dans toute sa longueur, ne présente rien d'anormal.

Crâne. Le néoplasme a envahi à peu près toute la moitié droite du frontal, et toute la fosse temporale correspondante, en remontant notablement sur le pariétal. A ce niveau, la peau est adhérente. Dans la fosse temporale, la tumeur descend jusqu'à l'arcade zygomatique environ sous la face profonde du muscle temporal, dont les couches superficielles sont indemnes. Aucune trace de tumeur ne peut être constatée plus bas. et, en particulier, le facial au niveau du trou stylo-mastoidien est absolument sain. A la face interne du crâne, la tumeur forme une saillie notable, mamelonnée. Elle a envahi la voûte orbitaire et vient comprimer les organes de cette cavité. Autour d'elle, sous la dure-mère, dans une zone assez étroite, on voit quelques noyaux isolés, gros comme des lentilles environ. Le rocher, entamé d'abord par un trait de scie longitudinal puis fendu par éclatement, ne présente aucune lésion. Les *méninges* n'offrent pas trace d'inflammation. Au niveau de la tumeur elles ne sont pas adhérentes, sauf en un point très limité et le tissu cérébral est simplement refoulé.

RÉFLEXIONS. La femme qui fait le sujet de cette observation a certainement succombé à des phénomènes de compression cérébrale. Déjà on pouvait le penser avant l'autopsie, vu l'absence totale de phénomènes inflammatoires pendant la vie de la malade. Sans doute on a vu des tumeurs autrement volumineuses que celle-ci passer à peu près inaperçues, ne pas produire de compression manifestée cliniquement. Mais la région bulbaire était saine; l'examen anatomique a fait voir également que les *méninges* n'étaient pas enflammées. La compression cérébrale reste donc seule admissible. Dès lors on peut s'étonner que cette compression s'exerçant précisément sur la région psycho-motrice fronto-pariétale, on n'ait observé aucun trouble de mouvement dans le côté gauche du corps. Etant donnée l'intégrité de la substance cérébrale au niveau du néoplasme, le fait qui nous occupe est comparable à certains cas de compression traumatique. Or, le dernier mot est loin d'être dit sur cette question, qui ne nous attardera pas davantage.

Le point que nous désirions signaler spécialement est

relatif à la paralysie faciale. L'autopsie est venue démentir notre diagnostic : nous pensions que le rocher était envahi et que le facial était ainsi altéré par le cancer. Un examen minutieux du rocher n'a pu nous faire voir aucune masse néoplasique ; rien n'existait non plus sur le trajet du facial soit avant son entrée dans le trou auditif, soit après sa sortie du trou stylomastoidien. La malade, nous l'avons déjà dit, n'avait donné aucun renseignement sur le mode d'apparition de cette paralysie. On était donc réduit aux hypothèses. Sans doute, la paralysie du filet de l'orbiculaire se serait bien expliquée par l'existence d'un petit noyau superficiel siégeant, à la partie supérieure de la région parotidienne, une petite masse semblable pouvait fort bien avoir échappé et elle n'eût pas été bien éloignée de la tumeur constatée dans la fosse temporale. Mais alors il aurait fallu la coïncidence, par une cause quelconque, d'une paralysie centrale, du facial inférieur.

Une autre hypothèse exigeait également le concours d'une coïncidence curieuse : on pouvait penser à une paralysie *a frigore*, survenue à une époque indéterminée. C'est là, pensions-nous, l'explication la plus vraisemblable. Elle est plus naturelle que celle qui consiste à admettre qu'une paralysie centrale, de cause inconnue, a été complétée par un noyau cancéreux erratique, providentiellement développé sur le trajet du filet de l'orbiculaire, pour le plus grand embarras de la clinique (1).

4. Sarcome mélanique de la peau. — Ablation, récidive locale et généralisation rapide ; par Noël HALLÉ, interne des hôpitaux.

La malade, âgée de 52 ans, et dont les antécédents ne présentent rien d'intéressant à relever, a été opérée au mois

(1) Il m'a été permis de vérifier plus tard l'exactitude de cette opinion. J'ai pu voir la fille de la malade, et elle m'a racontée que sa mère était atteinte de paralysie faciale depuis environ deux mois. La paralysie, complète dès le premier jour et légèrement amendée dans la suite, était survenue brusquement, le lendemain d'un jour où la femme avait pris froid sur l'impériale d'un tramway. J'ai appris en même temps qu'avant l'opération, la malade portait déjà une petite grosseur à la voûte crânienne ; elle s'en était aperçue par hasard, en portant la main à la tête. Si le fait eût été porté à la connaissance du chirurgien, il est probable que l'ablation du sein n'eût pas été pratiquée.

de juillet dernier (1884), par M. le D^r Monod, à l'hospice d'Ivry, d'une petite tumeur mélanique cutanée, siégeant à la région hypogastrique.

Nous n'avons aucun détail, ni sur le début de l'affection, ni sur le volume de la tumeur enlevée : c'était peu de chose, dit la malade. A l'hypogastre existe une cicatrice linéaire transversale de 4 à 5 centimètres de longueur; dans l'aine gauche, cicatrice opératoire de même étendue, résultat de l'ablation de ganglions déjà malades.

La guérison a été rapide; en trois semaines, les deux plaies étaient cicatrisées. Mais déjà avant la sortie de l'hôpital, un début de récurrence dans la cicatrice hypogastrique avait été constaté par le chirurgien; malgré cela, la santé générale était restée bonne; elle n'est guère altérée vraiment que depuis une quinzaine de jours.

La récurrence locale est fort peu de chose. Dans la cicatrice même et autour d'elle existent trois petits noyaux du volume d'un pois, légèrement saillants, de consistance molle, colorés en noir bleuâtre, et recouverts d'une couche épidermique lisse et transparente; dans l'aine droite, on sent plusieurs ganglions tuméfiés assez volumineux; presque rien dans l'aine gauche.

Les troubles accusés par la malade sont assez vagues. Depuis huit à dix jours, elle souffre du ventre et du côté droit; elle va difficilement à la selle, avec de violentes coliques. L'appétit est complètement perdu, et depuis quelques jours même, elle vomit tous ses aliments. Elle a pâli et perdu presque brusquement ses forces, maigri aussi, bien qu'elle soit encore d'un fort embonpoint. Le ventre a grossi rapidement. Elle tousse un peu et présente une dyspnée vive; il n'y a point de fièvre. Le ventre est dur, tendu, douloureux à la pression dans toute son étendue, mais surtout vers la région hépatique. Il y a une tuméfaction générale manifeste de l'hypochondre droit. Malgré l'épaisseur de la paroi, on peut en la déprimant sentir au-dessous du rebord des fausses côtes droites le foie dur et lisse, qui déborde de quatre travers de doigt environ. Sa matité remonte jusqu'au sein. Pas de bruits anormaux à l'auscultation du cœur, ni du poumon; le murmure vésiculaire est faible, la respiration haletante, précipitée.

L'affaiblissement fait de rapides progrès; en quelques jours, sans qu'il se soit manifesté aucun symptôme bien particulier, les traits s'altèrent, le visage maigrit; la malade cesse complètement de s'alimenter; la dyspnée augmente, les urines deviennent rares. Elle tombe dans un état de profonde somnolence, entrecoupé de subdélirium

et de gémissements. Enfin, elle succombe dans le coma, après avoir présenté, pendant les deux derniers jours, une légère teinte subictérique, — quinze jours après son entrée à l'hôpital, — un mois après le début des troubles de la santé générale. — Nous avons diagnostiqué la généralisation au foie et aux poumons, mais les lésions étaient bien plus diffuses.

AUTOPSIE.— Les ganglions inguinaux droits, très altérés, varient du volume d'un pois à une grosse noix et sont d'un noir foncé. Leur consistance est très molle; les plus volumineux s'écoulent en une véritable bouillie noir sépia dès que leur enveloppe est ouverte. Dans l'aîne gauche, deux ou trois petits ganglions seulement présentent ces altérations. La récidive cutanée présente l'aspect déjà décrit, avec quelques petits points noirs gros comme des têtes d'épingle, disséminés alentour dans l'épaisseur du derme. — L'*abdomen* contient une faible quantité de liquide ascitique fortement teinté en rouge, sanguinolent. L'intestin et les ganglions mésentériques sont sains; il n'existe aucune trace de péritonite. — Les lésions du foie frappent tout d'abord; il est très volumineux, pèse 3,600 grammes, et conserve sa forme et presque sa consistance normale; il est d'une coloration noire foncée presque uniforme; c'est à peine si, sur certains points de sa surface, on retrouve, au milieu de noyaux moins confluent des trainées jaunâtres, vestiges de la substance hépatique normale. A la coupe, il est mou, presque diffluent par places, infiltré presque complètement de substance mélanique en noyaux confluent. — La *rate*, un peu hypertrophiée, offre à sa surface, mais surtout dans son épaisseur, une trentaine au moins de noyaux mélaniques noir foncé, disséminés, les plus gros diffluent. — Les *reins* sont presque sains; deux ou trois petits points seulement, gros comme des têtes d'épingle, à leur surface. — Sur le *péritoine pariétal*, aux environs du foie, notamment sur la séreuse diaphragmatique, existent des trainées de points noirs saillants, véritables petites végétations mélaniques finement pédiculées. — Les *ganglions* de la petite courbure et du bord supérieur du pancréas, ceux du hile du foie, présentent les altérations déjà décrites, hypertrophie, coloration noire et diffluence.

A l'ouverture du *thorax*, très légère quantité de liquide rosé dans les plèvres. Les poumons ont leur volume normal; leurs lésions, très remarquables, siègent surtout à leur surface sur la plèvre viscérale; on y voit, disséminées

partout, mais surtout à la face médiastine, des points noirs volumineux, sortes de petites végétations de la séreuse paraissant pénétrer à peine dans le tissu pulmonaire; en plusieurs points, des noyaux mélaniques allongés se disposent en traînées qui paraissent suivre le trajet des vaisseaux sous-pleuraux. Le parenchyme pulmonaire est un peu emphysemateux, mais crépitant et presque sain; point de taches mélaniques dans son épaisseur. La plèvre pariétale présente, avec leur développement maximum, des végétations mélaniques des séreuses, déjà décrites. — Le cœur est sain dans son ensemble; sur le péricarde viscéral et en plusieurs points de l'endocarde, on voit de petites taches noires non saillantes qui paraissent situées dans le muscle cardiaque. — Le cerveau est sain; les os n'ont pu être examinés. — La généralisation a donc porté sur les ganglions, le foie, la rate, les poumons, sans respecter ni le cœur, ni les reins. Nous faisons remarquer surtout l'étendue et l'aspect spécial des lésions des séreuses.

La tumeur est un sarcome mou à petites cellules. A l'examen d'un ganglion et d'un noyau hépatique, on ne voit qu'une foule de petits éléments arrondis, chargés de granulations noires, et des dépôts pigmentaires volumineux.

5. Rétrécissement de l'urèthre. — Abscess urinaire ouvert dans le rectum. — Hypertrophie vésicale et cystite. — Urétérite. — Pyélite. — Néphrite consécutive; par N. HALLÉ, interne des hôpitaux.

Jean B..., âgé de 62 ans, entre le 23 août à l'hôpital Beaujon, n° 8, salle Saint-François.

Dans ses antécédents nous relevons une *sciaticque ancienne* fort tenace qui a duré 8 mois, des hémorrhoides depuis 5 ans : il porte en outre une double rétraction de l'aponévrose palmaire portant sur les deux derniers doigts, qui sont fortement fléchis par une bride fibreuse sous-cutanée adhérente à la peau. Cette lésion a débuté il y a 18 ans du côté gauche, 2 ans seulement du côté droit.

Il n'y a que 15 jours qu'il ressent une légère gêne de la miction, sur laquelle il insiste peu, et qui ne l'a pas empêché de continuer son travail. Depuis plusieurs mois il est sujet à une constipation opiniâtre. Le 14 août, à la suite d'une chute violente sur le sacrum, il ressent une gêne considérable de la marche et est obligé de s'aliter; ses jambes deviennent faibles et il y renait des douleurs vives, lancinantes qui les parcourent du haut en bas. Il se plaint

aussi du ventre et des reins. A l'entrée, nous trouvons sa vessie entièrement distendue et douloureuse, bien qu'il ait continué à uriner un peu, et avec peine. Elle contient 3 litres 1/2 d'urine. La faiblesse des jambes, la gêne de la marche, les douleurs lancinantes, l'abolition complète des réflexes tendineux, la cardialgie, un peu de myosis, font penser à une myélite, à laquelle on rapporte les troubles vésicaux récents. Du 23 août au 9 septembre : rétraction complète. Le malade est sondé tous les jours deux fois, avec une sonde molle en caoutchouc rouge, du calibre 12, et qui passe toujours sans difficulté. Les urines, dont la quantité varie chaque jour entre 1000 et 1500 grammes sont d'abord tout à fait normales, sans albumine ; puis les dernières gouttes deviennent purulentes, elles prennent l'odeur ammoniacale, enfin arrivent à contenir une grande quantité de mucopus, qui est évacué à la fin du cathétérisme. La santé générale s'altère ; l'appétit se perd ; les digestions deviennent difficiles ; quelques vomissements se produisent ; la langue devient rouge ; la diarrhée apparaît. En même temps, le passage de la sonde toujours nécessaire devient de plus en plus douloureux. Du 6 au 18 septembre : le malade a pu uriner seul ; l'urine s'écoule presque à tout moment, toujours ammoniacale et très purulente. Ni les lavages quotidiens à l'acide borique, ni l'acide salicylique à l'intérieur n'arrivent à modifier les urines. La fièvre se déclara survenant par accès irréguliers, précédés de grands frissons (Todd, sulfate de quinine).

A partir de ce moment, il y a des intervalles irréguliers de rétention et d'incontinence ; l'urine est extrêmement purulente ; les frissons deviennent très fréquents, jusqu'à trois par jour. Les vomissements et la diarrhée sont incessants ; la langue se sèche et le muguet apparaît ; le malade succombe dans un état cachectique extrême le 8 octobre avec de la bronchite et de la congestion pulmonaire aux deux bases.

AUTOPSIE. — Les lésions les plus intéressantes de beaucoup sont celles de l'appareil urinaire qui est enlevé d'une pièce. La vessie est extrêmement altérée : elle adhère au tissu du plancher pelvien, et à la face postérieure du pubis, par suite d'une inflammation certainement ancienne ; nullement dilatée, elle a l'aspect d'un corps charnu à parois épaissies. Les couches musculaires sont en effet fort hypertrophiées. La face interne présente les lésions types de la vessie à colonnes et à cellules. Les faisceaux musculaires irréguliers de la tunique interne font saillie à la

surface ; quelques-uns, détachés de la paroi dans une partie de leur trajet, adhérant seulement par leurs deux extrémités, offrent absolument l'aspect des colonnes charnues de la cavité des ventricules du cœur.

Plusieurs cellules sont de vraies diverticules vésicaux, qui ne communiquent avec la cavité vésicale que par d'étroits orifices. L'un de ces diverticules les plus considérables siège juste en arrière du pubis auquel il adhère, si bien qu'il est ouvert pendant l'extraction de la pièce. Deux autres occupent symétriquement les parties postérieures et latérales. Le col vésical est sain. Toute cette face interne de la vessie est revêtue d'une muqueuse friable d'un gris verdâtre, qui ne paraît pas ulcérée. Parmi les faisceaux musculaires les plus remarquables, il en existe un, en forme de T, volumineux et saillant à la face inférieure de la vessie, unissant les uretères par sa branche transversale et prolongé en avant jusqu'au col. Les uretères s'ouvrent sur la saillie même de ce faisceau qui a bien un centimètre de largeur. La prostate est saine.

Les lésions uréthrales sont aussi fort avancées. Dans toute l'étendue de sa portion membraneuse, du cul-de-sac du bulbe à la prostate, l'urèthre est absolument disséqué, libre au milieu d'un gros abcès urinaire qu'il traverse à la manière d'un cordon arrondi du volume du petit doigt. La cavité de cet abcès s'arrête en avant au-dessous de la symphyse à l'aponévrose moyenne ; elle se prolonge en arrière au-dessous de la prostate jusqu'au rectum ; latéralement jusqu'aux parois pelviennes. Cette cavité est tapissée d'une membrane gris verdâtre lisse qui paraît ancienne. Dans cet abcès, indépendant de la vessie, s'ouvre l'urèthre par une ulcération de 5 millimètres d'étendue, à bords grisâtres, déchiquetés, et qui siège à sa paroi inférieure, juste en avant de la prostate. L'urèthre incisé sur sa paroi supérieure est manifestement altéré dans sa région membraneuse. Il paraît légèrement rétréci en avant de l'ulcération ; sa muqueuse est rouge violacée et exulcérée en plusieurs points. Le foyer péri-urétral s'ouvre en arrière dans le rectum, au-dessus des sphincters, par un pertuis fort étroit qui n'admet que l'extrémité d'une sonde cannelée fine. Mais l'aspect du rectum au niveau de cet orifice est spécial ; tout autour de lui la muqueuse est détruite sur une large étendue, de 6 centimètres au moins, et ses bords déchiquetés sont soulevés flottant dans le rectum. Le fond de cette ulcération est formé par les fibres circulaires du rectum en faisceaux bien nets. Le pus a donc dû former une grosse collection sous-muqueuse en soulevant la mu-

queuse décollée, avant de la perforer. Les uretères sont légèrement dilatés et leur muqueuse d'un rouge violacé avec arborisations vasculaires fines; Mêmes altérations des cellules et des bassinets, qui ne contiennent qu'une urine trouble non purulente. Les reins sont un peu gros, lisses, d'un gris blanc, fermes à la coupe; ils ne contiennent pas d'abcès.

L'aorte présente dans toute son étendue des lésions athéromateuses anciennes très prononcées: foyers athéromateux ramollis et plaques calcaires. La portion ascendante de la crosse qui est la plus altérée est entièrement dilatée; les lésions athéromateuses s'arrêtent exactement à l'orifice aortique dont les trois valvules sigmoïdes sont saines et suffisantes; l'endocarde est sain et le cœur a son volume normal.

Nous avons cru constater des lésions médullaires, un ramollissement assez étendu de la moelle à la partie inférieure de la région dorsale au dessus du renflement lombaire; malgré les précautions que nous avons prises en extrayant la moelle, en l'absence d'examen histologique, la Société a été d'avis qu'il n'y avait là qu'un ramollissement artificiellement produit pendant l'extraction. D'ailleurs, les symptômes médullaires observés pendant la vie se rapporteraient mal à une pareille lésion. Il est donc probable que notre malade n'a pas eu de myélite. En tous cas, de pareilles lésions urinaires ne pourraient être rapportées à une affection médullaire. Ce malade était atteint bien évidemment d'un rétrécissement ancien peu serré de la région membraneuse resté latent jusqu'au moment où sa chute l'a forcé à garder le lit. Puis, sous l'influence de la rétention, des cathétérismes répétés, se sont produites les altérations de l'urine, les lésions uréthrales et péri-uréthrales; enfin, la cystite et l'inflammation ascendante des uretères, des bassinets et des reins. C'est donc seulement au point de vue des lésions urinaires que cette pièce garde de l'intérêt.

6. M. CÉTTINGER présente une volumineuse tumeur du rein. Il s'agissait d'un saturnin qui avait eu des hématuries. Il portait une tumeur mobile dans le ventre. A l'autopsie on a trouvé qu'il s'agissait du rein. L'autre rein est atrophié. Se basant sur des préparations microscopiques extemporanées, M. Céttinger tend à penser qu'il s'agissait d'un lymphosarcome.

M. SABOURIN se fondant sur l'existence d'une petite tumeur

jaune, en voie de dégénérescence caséeuse, située dans la substance corticale du petit rein, croit pouvoir déclarer qu'il s'agit d'un *adénome*.

Séance du 17 octobre.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

7. Evolution tardive des dents permanentes. — Augmentation numérique douteuse; par A. BROCA, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté,

Bronquart, Louis, 24 ans, bijoutier, est venu consulter à l'hôpital Saint-Louis le 1^{er} septembre 1884.

Son père et sa mère ont les dents normales; a un frère et une sœur qui ont les dents mal rangées, mais s'écartant peu de l'arcade alvéolaire. Lui-même a eu ses dents de lait mal rangées. Il lui en poussait, dit-il, un peu partout, et surtout vers la voûte palatine. Ces dents ont été arrachées successivement, et après elles sont venues les dents permanentes, qui auraient poussé à peu près de la même manière. Au dire du malade, on lui aurait arraché 46 dents, et il dit qu'en avant elles ont constitué trois rangées; la rangée la plus postérieure est celle qui existe maintenant, les dents s'étant posées en avant après l'ablation des deux autres rangées. Actuellement, l'état de la dentition est le suivant :

Mâchoire inférieure. Les deux incisives médianes sont normales de forme, de situation, de direction; mais les deux incisives latérales, normales de forme, ne sont pas régulièrement situées. Elles sont plus en arrière que les médianes, et chacune d'elles chevauche sur la médiane adjacente, à laquelle elle est parallèle et qu'elle ne touche pas. De la sorte, les canines, de forme normale et bien implantées sur l'arcade, ne sont distantes que de 17 millimètres. Puis, de chaque côté, on voit, au contact de la canine, une bicuspidee un peu oblique en haut et en dedans; à gauche, la seconde prémolaire existe et est normale; à droite,

on la voit remplacée par une multicuspidée (5 cuspides). Mais cette dernière dent commence à s'ébranler, et sous elle, à la face interne de l'arcade alvéolaire, on voit pousser une dent qui semble devoir être bicuspidee. Le sujet dit que la dent correspondante du côté gauche n'est tombée que depuis peu et qu'elle était aussi large que celle qui existe maintenant à droite. En arrière de ces dents, on voit de chaque côté deux multicuspidées normales; les dents n'ont été précédées d'aucune autre. Pas de dent de sagesse.

Mâchoire supérieure. Deux incisives médianes, larges, de forme régulière, un peu inclinées en avant et en dedans. Pas d'incisives latérales. Le malade raconte qu'on a arraché là deux rangées de dents, formant un total de 5 à 6 dents, et que c'est la 3^e rangée qui existe maintenant. Les canines sont normales. Puis, de chaque côté, une bicuspidee très bifide, bien verticale; plus loin, à gauche, une bicuspidee également très pointue, inclinée en bas et en dedans; à droite, une multicuspidée très ébranlée, sous laquelle se voit une dent qui pousse vers la face interne de l'arcade alvéolaire. De chaque côté, deux grosses molaires normales comme forme et comme évolution. Enfin, les dents de sagesse supérieures ont commencé à pousser il y a deux à trois ans. Elles sont actuellement fort peu saillantes et elles poussent en dehors; celle de droite, franchement à la face externe de l'arcade alvéolaire. Les deux multicuspidées, ébranlées, ont été arrachées à quelques jours d'intervalle. Puis, le sujet a été revu quelque temps après. A leur place, il y avait, à chaque mâchoire, une bicuspidee fortement inclinée vers la cavité buccale. Les deux dents arrachées ont une couronne saine. La racine est à peu près complètement résorbée; elle n'est plus représentée que par quelques prolongements courts et irréguliers, entourant une dépression centrale.

RÉFLEXIONS. — Si l'on compte les dents présentées par le sujet de cette observation, on arrive à un total de 30. Mais il faut remarquer que les deux incisives latérales supérieures sont absentes, que les dents de sagesse inférieures n'ont pas encore fait leur apparition. En réalité, ces mâchoires devraient avoir 32 dents; elles pourraient en avoir 34. Donc, en ne s'occupant que du fait brutal, on constate qu'il y a deux dents de plus que normalement. Si, d'autre part, on ajoute foi aux renseignements donnés par le malade, on peut être porté à croire qu'il s'agit d'une augmentation considérable de nombre, avec évolution successive

et continuelle de dents multiples, se repoussant mutuellement. En somme, ce serait un exemple de dentition ternaire et quaternaire. Or, M. Magitot conteste absolument la réalité de ces faits. Pour lui, ils sont mal interprétés et doivent être rapportés à l'éruption tardive des dents permanentes. On conçoit très bien que la persistance plus ou moins prolongée, quelquefois définitive, d'une dent de lait produise une augmentation numérique plus ou moins durable, quelquefois définitive.

L'observation que nous venons de relater doit être interprétée en ce sens, ainsi que le démontre l'état actuel de la dentition. Cette opinion est celle de M. le Dr David, qui a bien voulu examiner le sujet avec nous. Si, en effet, on regarde avec soin les dents extraites, on voit qu'elles ont tous les caractères des dents de lait, avec leur racine usée par la dent permanente qui les repousse : ce sont deux secondes molaires temporaires qui, contrairement à l'habitude, ne sont tombées qu'à l'âge de 24 ans. Cela est bien démontré par l'étude des dents qui les remplacent : ce sont des prémolaires à conformation régulière, dont la seule anomalie est dans leur direction oblique en dedans. Et actuellement la dentition ne présente plus d'anomalie numérique ; il manque deux dents de sagesse, mais à 24 ans leur absence n'est pas un phénomène bien rare ; il manque encore deux incisives, mais le malade raconte nettement que plusieurs dents ont été arrachées à ce niveau. Les deux incisives latérales supérieures ont bien évidemment subi l'extraction en même temps que les dents de lait incisives. Il est probable que ces incisives temporaires ont eu une existence prolongée, et cela explique comment les dents permanentes, manquant de place, ont fait leur apparition en arrière de l'arcade dentaire ; comment, on a arraché 5 à 6 dents à ce niveau : 6 est le chiffre le plus vraisemblable, ci 4 incisives temporaires et 2 permanentes. Un retard analogue s'est peut-être produit dans la chute des incisives inférieures : de là la position anormale des incisives latérales inférieures permanentes.

Mais dans cette hypothèse, le sujet n'aurait perdu jusqu'à ce jour (y compris les deux molaires que nous avons extraites) que 10 incisives, 4 canines, 8 molaires, au total 22 dents. Nous sommes loin de la quarantaine qu'il accuse.

A la rigueur, il serait permis d'admettre qu'il y a eu augmentation numérique des dents temporaires; il vaut peut-être mieux penser que le dénombrement du malade est inexact.

Nous croyons donc être en présence d'un simple retard dans l'évolution des dents temporaires, avec persistance correspondante des dents temporaires. Ces faits ne sont pas rares, mais sont intéressants, parce que, comme nous l'avons dit dès le début, ils peuvent aisément être pris pour des exemples de dentition ternaire ou quaternaire. M. Magitot nie absolument la possibilité de cette dernière anomalie; les dents surnuméraires se voient aux deux dentitions, « mais leur apparition est constamment contemporaine de la période à laquelle elles appartiennent. » On peut, il est vrai, se demander *a priori* pourquoi un follicule surnuméraire ne pourrait pas évoluer tardivement, puisque cela existe pour les follicules normaux.

8. Luxation incomplète de la cinquième vertèbre cervicale. — Mort. — Contusion sans rupture de la moelle cervicale au niveau de la luxation; par Paul BERTHAUD, interne des hôpitaux.

Bock Pierre, 33 ans, charretier, entre le 6 octobre à 6 heures du soir à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 2 (service du Dr POLAILLON.)

Le lendemain matin à la visite on le trouve dans l'état suivant : L'intelligence est conservée, léger subdélirium. Le malade nous apprend que la veille il est tombé d'une échelle d'une hauteur de 1 m. 50 environ, sur la région de la nuque qui, nous dit-il, est très douloureuse. En l'examinant attentivement, il n'est pas possible d'observer trace de paralysie faciale, non plus que de phénomènes pupillaires. La respiration est exclusivement diaphragmatique, les muscles thoraciques externes n'y prennent aucune part (pas de rythme de Cheyne Stokes). Pouls plein et fort précipité. T, 41°. L'abdomen paraît augmenté de volume, pas de tympanisme, rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme; ni albumine, ni sucre dans le liquide retiré en assez grande quantité (un litre) par la sonde. Pas de fractures de côtes ni des membres, aucune trace de contusion dans toute l'étendue du corps, sauf au niveau de la tête.

En effet, au niveau de la région pariétale gauche, on observe une bosse sanguine du volume d'une noix en

même temps que la peau aux alentours est ecchymosée ; mais le malade appelle surtout l'attention sur la région cervicale postérieure, qui est tuméfiée, douloureuse, donne la sensation d'un empatement profond, impossibilité absolue de remuer la tête, l'exploration pour le pharynx permet de reconnaître une saillie des premières vertèbres cervicales, mais rien de caractéristique. Pas d'ecchymose pharyngienne. La déglutition de la salive s'exécute facilement. Les quatre membres, le corps tout entier à partir du cou sont *absolument paralysés* du mouvement et de la sensibilité.

Dans ces conditions, il y avait lieu de penser à une *lésion de la moelle cervicale*. et, de fait, les symptômes de paralysie ne firent que s'accentuer dans la journée, et Book succombait à 3 heures de l'après-midi, asphyxié ; le diaphragme s'était peu à peu paralysé.

AUTOPSIE pratiquée le surlendemain à dix heures du matin, c'est-à-dire 43 heures après la mort, permet de s'assurer qu'il n'existe point de fractures, point de foyers traumatiques autres qu'à la tête.

On procède immédiatement à l'ouverture de la cavité crânienne à l'aide de la scie ; aucune fracture de la voûte ne correspond à l'ecchymose pariétale gauche. Les sinus sont gorgés de sang veineux, la pie-mère est engorgée, la substance cérébrale elle-même est fortement congestionnée ; mais pas le moindre épanchement de sang. Les méninges de la base ne sont point décollés, et on n'observe pas de fractures autour du trou occipital.

La colonne vertébrale est alors attaquée par la partie postérieure et une incision médiane, pratiquée vers la région de la nuque permet de reconnaître : 1° l'existence d'un épanchement sanguin considérable dans l'épaisseur des muscles de la région ; 2° une saillie anormale de la cinquième vertèbre, On procède alors à l'ablation en masse de la colonne cervicale, et de l'occipital en faisant la coupe du pharynx, de telle façon que la pièce puisse être étudiée à loisir. La fig. 1 représente le squelette vu par la face antérieure ; la fig. 2 une vue de la face postérieure. Et en examinant la pièce on peut se rendre compte des lésions suivantes : Le corps vertébral de la cinquième cervicale a abandonné son congénère de la 4° cervicale. Le grand surtout ligamenteux antérieur est déchiré ou plutôt arraché entièrement au niveau du corps de la cinquième vertèbre ; à la partie postérieure les ligaments jaunes ont résisté, mais les articulations qui réunissent entre elles les apophyses épineuses ont leurs ligaments rompus, les artères

vertébrales intactes, passent à la base des apophyses transverses intactes. Il s'agit en somme d'une forte entorse vertébrale ou mieux d'une luxation incomplète de la 5^e sur la 4^e cervicale.

Etat de la moelle. — Pour se rendre compte de l'état de la moelle et de ses enveloppes, on met les méninges cervicales à nu en enlevant au moyen de la scie toute la partie postérieure du canal rachidien. La dure-mère, rouge, présente au niveau de l'interligne des corps de la 4^e et de la 5^e cervicale un pli transversal, linéaire, formant une dépression qui s'exagère quand on met la colonne cervicale dans l'extension forcée. La pie-mère est intacte, la moelle n'est point déchirée, mais paraît comme tassée au niveau du pli dure-mérien.

M. QUÉNU fait observer qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une fracture par arrachement de la colonne cervicale, mais d'un cas de déchirure du disque ligamenteux intervertébral. Il y a là, en réalité, une luxation incomplète très rare.

9. Grossesse avec fibrome utérin; avortement à 3 mois et demi. — Rétention placentaire. — Mort par péritonite; par M. TISSIER, interne des hôpitaux.

La nommée Bonnaire, âgée de 33 ans, sans profession, entre le 28 juin 1884, au n° 34 de la Salle Sainte-Claire (service du D^r SIREDEY).

Ses parents vivent encore et se portent bien. Dans sa jeunesse elle n'a fait aucune maladie. Réglée pour la première fois à 14 ans, elle a toujours eu ses mois avec la plus grande régularité, chaque période mensuelle durant en moyenne cinq jours. Elle s'est mariée voilà deux ans, n'a pas encore eu d'enfant, ni fait de fausse couche. De tout temps, à ce qu'elle raconte, elle a remarqué que son ventre était gros; mais, n'en ayant jamais souffert, elle n'a pas consulté à ce sujet. Au mois de mars dernier, les règles, qu'elle attendait vers le 6 ou le 7, ne vinrent pas et depuis n'ont pas reparu. A dater de la même époque, le ventre, déjà gros, sans que la malade s'en fût préoccupée, prit un accroissement progressif et rapide. En même temps les seins se tuméfaient légèrement, et, depuis la fin d'avril, presque tous les matins, des envies de vomir se sont fait sentir, suivies généralement du rejet d'un peu de matière bilieuse, quelquefois traversée de filets sanguinolents. Peu à peu l'appétit a disparu, les forces ont diminué. Il n'y

avait cependant aucune souffrance caractérisée. Vers le milieu de mai, la jambe droite fut le siège d'une enflure indolente qui persista plus de trois semaines et se dissipa lentement.

Au commencement de juin, la malade remarqua que son ventre continuait à se développer et s'aperçut alors qu'il s'était formé, au-dessus du nombril, une grosseur très facilement reconnaissable à la main, tout à fait indolente à ce moment. Un peu plus tard, vers le 15 juin, cette grosseur devint tout d'un coup le siège de douleurs très vives, obligeant à prendre le lit, douleurs qui n'ont qu'en partie cessé les jours suivants et en fin de compte ont amené la malade à notre consultation. Ces dernières semaines l'amaigrissement et l'affaiblissement ont fait des progrès. Il ne s'est rien produit d'irrégulier, ni du côté des gardes-robes, ni du côté de la miction ni vers aucun des grands appareils. La malade n'a jamais senti de mouvements dans le ventre, ni perdu de liquide par le vagin. Actuellement, le ventre est gros comme celui d'une femme enceinte de 7 mois et irrégulièrement tendu. A la vue on distingue plusieurs tumeurs séparées remplissant l'abdomen : Au-dessus du pubis bombe une masse vaguement arrondie, volumineuse, située sur la ligne médiane, remontant jusqu'au-dessus du nombril et s'étendant vers le côté droit dans la fosse iliaque.

Une autre grosseur soulève le flanc et l'hypochondre gauches et la région épigastrique contournant et surplombant à la manière d'un cimier la précédente tumeur dont elle est séparée par une dépression manifeste. Le palper confirme ces données et permet de les préciser. La première tumeur, occupant l'hypogastre et la région de l'ombilic, mesure, dans le sens vertical, 24 cent., 5, et dans le sens horizontal (la femme supposée debout) 28 cent. Sa forme est celle d'un utérus gravide élargi à la base et se prolongeant à droite au-dessus du ligament de la cuisse jusqu'au milieu de la fosse iliaque en une masse rénitente. Sa consistance est inégale : dans la moitié droite et inférieure, on éprouve une sensation de dureté uniforme tandis que la moitié gauche laisse percevoir une vague sensation de mollesse faussement fluctuante. La tumeur est uniformément mate en toute son étendue, à peine mobile dans la profondeur. A son niveau la peau ne présente aucun caractère particulier à signaler. Par l'auscultation on ne perçoit aucun battement distinct du pouls radial ; sur le côté gauche la compression avec le stéthoscope fait entendre un souffle diastolique artériel synchrone à la systole du cœur.

La seconde tumeur, plus haut placée, coiffant la première comme nous avons dit, remplit tout le creux épigastrique, l'hypochondre et le flanc gauches et descend jusque dans la fosse iliaque. Verticalement dans le côté gauche elle mesure 12 cent., 5; dans la région épigastrique, elle dépasse vers la droite la ligne médiane de 11 cent. Sa surface est lisse, égale dans toute l'étendue. Elle est dure et mate sans souffle ni battement. Un sillon facilement visible, plus appréciable à la main, la sépare de la tumeur hypogastrique. Ce sillon, très étroit à la partie supérieure, s'élargit en gouttière à mesure qu'on descend vers la fosse iliaque. Dans cette dernière portion la sonorité à la percussion démontre l'interposition d'anses intestinales entre les deux tumeurs.

Le toucher vaginal fait reconnaître au fond du vagin une tumeur dure, arrondie comme une tête de fœtus, située légèrement vers la droite. Quant au col, impossible de le découvrir. Ce n'est qu'après de laborieuses recherches qu'on le reconnaît en avant et à gauche, très élevé, au-dessus du pubis. Par l'exploration rectale le doigt arrive en avant sur la même tumeur ronde et dure.

La vessie est petite et se vide facilement. — Le foie a gardé sa place et ses dimensions normales. La rate est perdue derrière la masse qui remplit l'hypochondre. Les seins ne sont pas très gros, ne présentent pas de tubercules de Montgomery apparents et n'ont pas de coloration brune bien prononcée. La ligne blanche n'offre aucune trace de pigmentation; le cœur, les poumons, les ganglions lymphatiques sont intacts. Pas de température fébrile. Qu'il s'agit d'une grossesse? ce n'était guère douteux; mais d'une grossesse sûrement insolite. De quel âge? de trois à quatre mois à s'en rapporter à la malade. Quant aux tumeurs? la première, la tumeur hypogastrique, était liée vraisemblablement à l'utérus et s'opposait à ce qu'on pût précisément déterminer la situation et les dimensions de celui-ci. La seconde, tumeur indépendante, était peut-être constituée par l'œuf tombé et développé en dehors de l'utérus, enveloppé de fausses membranes. Cette hypothèse était très soutenable. Il se pouvait que l'utérus se fût développé à vide, flanqué d'un fibrome, cause mécanique première de la grossesse ectopique, pendant que le produit de conception se greffait, croissait et s'étendait dans la fosse iliaque provoquant autour de lui la formation d'exsudats.

Cette opinion n'était pourtant pas celle de M. Sireday. La consistance particulière et surtout l'absence des signes réactionnels de la péritonite l'empêchaient d'adopter cette

manière de voir. Pour lui la grossesse, plus que probable, était intra-utérine. L'utérus gravide avait sa paroi droite garnie d'un volumineux fibrôme. La tumeur de gauche était d'une interprétation moins facile. Peut-être était-elle née de l'ovaire de ce côté? La suite devait se charger de compléter le diagnostic. Les jours qui succédèrent au jour d'entrée, la malade un peu fatiguée, fut mise au repos absolu. Cependant, le 6 juillet; il y eut un frisson avec élévation de la température à 39°,8. Le lendemain, 7 juillet, deuxième frisson, température 39°,4, avec perte de liquide mêlé de sang.

Le 8 juillet au matin, le thermomètre monte à 41°,4; l'écoulement de sang et de liquide aqueux s'est renouvelé dans la nuit. A la visite on constate que la tumeur hypogastrique médiane a augmenté de volume dans le sens vertical, en refoulant dans l'hypochondre la tumeur annexée. La malade souffre beaucoup et M. Siredey annonce une fausse couche prochaine. L'événement lui donne immédiatement raison. Pendant qu'on était encore autour du lit, la malade pousse un cri; elle venait d'expulser un embryon de trois mois et demi environ. Le toucher pratiqué en ce moment fait sentir la même masse globuleuse et dure sentie le premier jour, au fond du vagin; mais cette fois un peu plus déjetée vers la droite. En suivant le cordon très grêle, on arrive plus facilement sur l'orifice du col béant, toujours très élevé, à peine accessible.

Pendant les instants qui suivent l'expulsion du fœtus, la malade accuse des douleurs de coliques et l'on voit toute la partie gauche de la tumeur hypogastrique durcir, et, au milieu de la masse globuleuse qu'elle forme se détache en relief sous la peau, un noyau marronné de la grosseur d'une noix. Les contractions cessant, cette apparence disparaît.

Dans la journée du 8, il s'écoule un peu de sang rouge, trop peu pour inspirer des craintes. Injections phéniquées, compresses phéniquées, etc. Le soir la température a baissé à 37°; il n'y a pas eu d'hémorrhagie. La délivrance n'est pas faite, et l'on ne peut songer, avec la masse enclavée dans le bassin, à faire pénétrer la main dans l'utérus; il y a tout juste la place suffisante pour introduire une sonde.

Le lendemain et les jours suivants, le thermomètre passe 39°,5 et 40°, avec des abaissements à 38°. On fait deux fois par jour d'abondantes irrigations phéniquées de l'utérus, qui ramènent un liquide rougeâtre fétide, des caillots et des débris de placenta. Chaque injection n'est arrêtée que

si le liquide revient limpide. En outre, il est fait toutes les deux à trois heures, des injections vaginales désinfectantes. Opium, sulfate de quinine et Todd.

La malade n'a eu qu'une fois un long frisson ; mais elle pâlit, s'altère. Le ventre devient sensible à la pression.

Le 9 juillet au soir, le 10 juillet au matin il était sorti des débris placentaires importants. Le 13 juillet au soir, il en sort encore un volumineux morceau demi putréfié. Toute la journée du 13, il y avait eu des vomissements, la température à 39° le matin, s'élève le soir à 40°.

La nuit du 13 au 14 fut très pénible. Les vomissements bilieux étaient incessants et continuèrent le lendemain. Le ventre est ballonné, intolérant de la moindre pression. Morphine, éther, cognac, glace sur le ventre. Mort à 3 heures 1/2.

AUTOPSIE le 15 juillet, 24 heures après la mort. — A l'ouverture de l'*abdomen* il s'écoule une certaine quantité de liquide purulent mêlé de grumeaux de pus. Les *intestins* congestionnés, recouverts de fausses membranes agglutinées les unes aux autres, se laissent assez facilement détacher. Au-dessus des pubis apparaît une masse énorme qui refoule en haut et sur les côtés les viscères abdominaux. Cette masse recouverte de fausses membranes est composée de deux *fibromes* irrégulièrement sphériques, séparés l'un de l'autre en avant et surtout en bas par des anses intestinales (qui faisaient croire pendant la vie à deux tumeurs indépendantes) reliés l'un à l'autre en arrière par l'intermédiaire de l'*utérus*. L'*utérus* volumineux mesure du col au fond 21 centim. ; sa face antérieure est soulevée en son milieu par un noyau blanchâtre fibromateux, gros comme une forte châtaigne. De chacun des bords se détache le ligament large contenant les trompes et l'ovaire à l'état normal. En arrière de l'insertion du ligament, de chacune des cornes utérines, émerge un pédicule gros comme un poignet d'enfant, très court : à ces deux pédicules font suite les deux masses fibromateuses signalées. A gauche le fibrome, gros comme une tête d'adulte, se porte en haut et à gauche vers la rate, puis à droite au-dessus de l'*utérus*. A droite, au contraire, la masse fibreuse ayant une forme presque conique, se dirige en bas, s'appliquant exactement contre la face postérieure et le bord droit de l'*utérus*, paraissant faire corps avec ce dernier. Son extrémité en pain de sucre, bombe dans le vagin le long du bord droit du col utérin qu'elle dépasse. Ainsi les deux *fibromes* presque aussi volumineux, se branchant au même niveau, se dirigent et s'incurvent en deux directions diamétralement

opposées, formant une sorte de S italique en sens inverse dont le fond de l'utérus est le milieu. L'un se porte à gauche d'abord, puis en haut et à droite, l'autre à droite, puis en bas et légèrement à gauche. Le poids des deux tumeurs, de l'utérus et du vagin est de 4 kilogr. 850 gr. Les deux fibromes ont un tissu très dur, blanchâtre, résistant à la coupe, l'un et l'autre contiennent quelques géodes de petites dimensions (à loger une noisette) remplies de liquide peu dense de couleur marron. L'utérus, dans toute sa moitié inférieure, comprimé entre le fibrome droit et la paroi pelvienne gauche, est allongé en boyau. Sa cavité est tapissée d'une muqueuse tomenteuse, grisâtre et sanieuse. A la partie la plus élevée, sur la paroi postérieure, on voit encore adhérer un lambeau placentaire solidement fixé, gros comme les deux pouces. Sur les côtés de l'utérus, au niveau de l'insertion ligamenteuse, la section ouvre quelques canaux remplis de pus.

Rien d'important à noter du côté de la vessie, du vagin, du rectum, du foie (1550 gr.), de la rate, du cœur ou des poumons. L'estomac contient du liquide porracé; les deux uretères sont dilatés, du diamètre du petit doigt: les bassinets sont distendus et la substance corticale, blanchâtre, atrophiée, a subi sur une grande partie de son étendue la dégénérescence graisseuse.

RÉFLEXIONS. — Notre observation montre que chez une femme, affligée depuis longtemps sans doute de *fibromes latents*, la grossesse a pu cependant se produire. Cette grossesse imprima aux fibromes persistants une allure toute différente de la marche antérieure. Il se fit rapidement un accroissement énorme des tumeurs qui, par leur disposition s'opposèrent au développement de l'utérus et à la continuation de la grossesse et devinrent après l'avortement, comme en témoigne l'examen des pièces, un obstacle absolu à toute intervention libératrice. L'utérus contenant l'œuf entier pouvait se contracter avec assez d'énergie pour chasser l'embryon à travers l'étroite filière qui lui était laissée; mais, une fois vidé en partie, sa courbe musculaire relâchée n'avait plus assez de prise en quelque sorte pour se contracter utilement sur le placenta qui séjourna dans la cavité, s'y putréfia et fut cause de la mort.

10. M TUFFIER fait voir un cas de *coxalgie ancienne*. La

vessie adhérait à l'os iliaque. La lithotritie pratiquée pour un calcul vésical, amena la production d'un abcès crural communiquant avec la vessie.

11. M. VALUDE montre une petite exostose développée sur la troisième côte, chez un jeune homme de 14 ans d'ailleurs bien portant. On trouve à son point d'implantation du cartilage normal en voie régulière d'ossification.

M. CORNIL, se basant sur l'insertion de cette tumeur osseuse à 1 ou 2 millimètres seulement du cartilage costal, signale la possibilité d'une ecchondrose secondairement ossifiée.

12 M. TOINOT fait voir les pièces anatomiques d'un individu qui avait succombé à des *abcès multiples du foie*. Il existait de la pyléphlébite, dont le point de départ était l'appendice cœcal. On suivait jusqu'au hile du foie, à partir de cet appendice, une veine mésentérique enflammée et thrombosée.

13. Un cas d'ainhum ; par Albert RUAULT.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la société provient d'un métis hindou malgache, de l'île de la Réunion. Cet homme, âgé d'environ 50 ans, de très bonne santé d'ailleurs, avait depuis deux ans et demi le petit orteil du pied droit atteint d'*ainhum*. Une bride fibreuse avait pris naissance à la partie interne de cet orteil, au niveau du pli digito-plantaire. Depuis quelques mois, le doigt malade, déjeté en dehors, était sujet à des chocs douloureux pendant la marche (le sujet marchait pieds nus), et c'est là ce qui détermina le malade à demander une intervention. — En raison de la fréquence du tétanos, chez les hommes des races colorées à l'île de la Réunion, à la suite des opérations, exécutées à l'aide de l'instrument tranchant, sur les extrémités inférieures, l'ablation a été faite au moyen du couteau thermo-cautère. La section porta au niveau de l'anneau fibreux incomplet, au point rétréci. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang, du côté externe ; cependant, en pressant sur le doigt après son ablation, on fit sortir un peu de sang, ce qui démontre que les vaisseaux étaient restés perméables. L'os était encore assez résistant, et il a fallu, pour le sectionner, porter la température du couteau au rouge blanc.

J'ai présenté cette pièce en raison de la rareté des faits de ce genre examinés en Europe, et aussi parce que la lésion, encore peu avancée, fait bien saisir comment évolue la maladie. L'anneau fibreux entoure environ les $\frac{2}{3}$ tiers de l'orteil malade, et manque totalement en un point de la partie externe ; l'extrémité de l'orteil n'a encore que peu augmenté de volume ; la phalange paraît encore saine.

L'examen microscopique sera fait ultérieurement, bien que les travaux récents parmi lesquels le meilleur et le dernier en date est le mémoire de Suchard, aient bien fait connaître anatomiquement cette maladie, et montré que le processus est dans ces cas analogue à celui qui donne lieu aux amputations congénitales.

L'étiologie est inconnue.

Séance du 24 octobre 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

14. Chondrôme ossifiant malin de la main droite, développé dans les tendons extenseurs, opéré pour la première fois en 1882. — Récidive sur place. — Nouvelle opération au mois de juillet 1883. — Nouvelle récurrence sur place. — Troisième opération ; par G. PROCAS, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

La nommée Reinon, âgée de 43 ans, femme de ménage, est entrée le 14 octobre 1884 (service de M. LEFORT, suppléé par M. PAUL SEGOND).

Antécédents héréditaires. Son père est mort d'un cancer de l'estomac. Sa mère est morte de fièvre typhoïde. Une de ses sœurs est morte d'un cancer de la matrice, à l'âge de 48 ans.

Antécédents personnels. Réglée à l'âge de 13 ans, ses règles ont été depuis régulières. Mariée à l'âge de 20 ans, elle n'a eu qu'un enfant, qui est bien portant. Elle n'a jamais fait de maladie sérieuse, et, à part quelques migraines auxquelles elle est sujette tous les mois, on ne

trouve dans ses antécédents morbides, aucun autre signe du vice arthritique ou une autre maladie constitutionnelle.

Le premier début de la tumeur remonte à 16 ans. A cette époque le mal débuta par une rougeur entre le médius et l'annulaire de la main droite ; bientôt après elle vit apparaître à la face dorsale de la première phalange du médius droit, une grosseur du volume d'une tête d'épingle, à laquelle elle ne fit presque pas attention. Pendant 12 ans, cette grosseur resta à peu près stationnaire, puis, elle s'est développée progressivement et elle a atteint le volume d'une grosse noisette vers 1882.

C'est alors que la malade entra dans le service de M. TERRIER, à l'Hôpital Saint-Antoine, pour se débarrasser de cette grosseur, gênante par son volume et sa position, mais nullement douloureuse.

M. TERRIER fit l'énucléation de la tumeur et la malade sortit de l'hôpital guérie au bout de peu de temps. Sept mois se passèrent de la sorte, et, au bout de cet espace de temps, vers le mois de janvier 1883, la tumeur réapparait au même endroit. Cette fois, elle prit, en même temps un accroissement considérable, gagna toute la circonférence du médius, et la première phalange de ce doigt avait triplé de volume lorsque la malade entra dans le service de M. le professeur TRÉLAT, pour se faire opérer ; c'était au mois de juillet. M. TRÉLAT pratiqua la désarticulation du médius et l'amputation dans la continuité du métacarpien vers son tiers inférieur. De plus, ayant constaté l'existence de la tuméfaction du ganglion épitrochléen, il en fit l'extirpation. Les plaies se réunirent par première intention, et la malade sortait guérie pour la deuxième fois.

Au bout de cinq mois, nouvelle récurrence au niveau de la première phalange de l'annulaire ; la tumeur fit d'abord saillie à la face palmaire, elle gagna ensuite les parties latérales de la face dorsale ; enfin, un tubercule nouveau apparut sur le dos de la main. Depuis 3 mois la malade ressent quelques picotements. C'est pour cette troisième récurrence qu'elle entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. SEGOND.

État actuel. Femme bien constituée, dans un état général très satisfaisant, avec l'embonpoint conservé. On voit la cicatrice linéaire de la plaie opératoire qui a servi pour l'extraction du métacarpien. A côté de la partie supérieure de cette cicatrice et sur l'annulaire on voit la tumeur récidivée. Cette tumeur est bosselée dans son ensemble. Elle est située sur l'annulaire droit, en contact

avec la première phalange de ce doigt ; le tiers de sa masse occupe la face palmaire ; les deux tiers occupent la rainure interdigitale entre l'annulaire et le médius enlevé, et font saillie à la face palmaire de l'annulaire. La peau passe sur la tumeur en conservant ses caractères de souplesse et de conformation normale au niveau de la portion palmaire de la tumeur ; mais, sur le reste de son étendue, la peau devient amincie, adhérente à la masse et offre quelques veinosités. Le maximum d'amincissement répond au niveau de la rainure interdigitale, qui est le point culminant de la tumeur. La tumeur elle-même est constituée de trois bosselures reliées entre elles ; l'une, c'est la plus petite, occupe la face palmaire de la phalange ; la seconde, le sillon interdigital ; la troisième, la face dorsale. Le doigt est entouré dans les deux tiers de son bord cubital par la tumeur, qui, en tout, offre le volume d'une grosse noix. La consistance de la tumeur est dure, un peu élastique, cartilagineuse. Elle n'est point transparente ni translucide. Si on cherche à lui imprimer des mouvements et se rendre compte de ses connexions, on s'aperçoit qu'il est facile de la mouvoir en différents sens, et qu'elle ne paraît nullement adhérente à l'os. Les mouvements des doigts sont libres, la flexion s'effectue avec la plus grande facilité mais l'extension n'est pas complète. Au niveau de la face dorsale de la main, à la partie moyenne du deuxième métacarpien, on sent sous la peau un tubercule gros comme un petit pois, mobile, se mouvant avec le tendon de l'index, de consistance ferme, ayant les mêmes apparences de texture que la tumeur principale. Dans l'aisselle il n'y a pas de ganglions. Toutes les fonctions s'accomplissent normalement. Enfin, comme signes fonctionnels, nous devons noter la gêne pour les mouvements de la main, et quelques picotements de l'annulaire.

En présence de cette nouvelle récidue, l'indication d'une intervention chirurgicale était formelle. La nature du néoplasme, le caractère local de la récidue, l'absence de tout retentissement ganglionnaire permettaient d'éviter une intervention par trop radicale et de ne point amputer, par exemple, l'avant-bras dans sa continuité. Par contre, la marche du mal commandait de ne pas se contenter d'une simple énucléation. Dès lors, les deux seules opérations rationnelles étaient soit une amputation partielle portant sur toute la partie de la main comprise entre le premier et le cinquième métacarpien, soit une désarticulation du poignet. La première de ces opérations était à la rigueur praticable. On pouvait désarticuler les deuxième et quatrième

métacarpiens, et conserver une pince constituée par le pouce et le petit doigt. Mais, pour exécuter convenablement cette opération, pour conserver une quantité de parties molles permettant de recouvrir et les deux métacarpiens respectés et la rangée carpienne inférieure, il aurait fallu tailler les lambeaux dans le voisinage immédiat de la masse néoplasique principale et du noyau secondaire adhérent au tendon extenseur de l'index. Tout au contraire, la désarticulation du poignet par une méthode tenant le milieu entre la méthode elliptique et la méthode circulaire, permettait de porter le couteau à bonne distance des parties malades. Dans ces conditions, l'hésitation ne pouvait être de longue durée, et le désir de conserver à la malade une pince, d'ailleurs bien imparfaite, devait s'effacer devant la nécessité de faire une ablation assez large pour prévenir, dans la mesure du possible, toute récurrence ultérieure. La désarticulation du poignet fut donc décidée, et M. Paul Segond la pratiqua le 17 octobre, en ayant recours, pour la coupe des parties molles, au procédé mixte que nous avons signalé.

Malgré l'observation rigoureuse des règles de la chirurgie autoplastique, la réunion superficielle a presque complètement manqué, sauf à la partie moyenne. La malade, impressionnable, a eu ses règles en avance de quatre jours. Elle a eu de la fièvre dès le premier soir; le troisième jour, on a été forcé d'enlever les fils d'argent, et, comme la plaie suppurait, de supprimer le pansement de Lister, qui n'avait plus de raison d'être, et de substituer un pansement humide quotidien, avec lavages répétés et surveillance attentive de la plaie et des environs.

Sous l'influence de ce pansement, la plaie s'est détergée et la malade est aujourd'hui complètement guérie. Nous ajouterons que le moignon, complètement cicatrisé, est mobile sur les parties profondes. Seule, la cicatrice superficielle est un peu irrégulière.

Examen anatomique de la pièce. Cicatrice du médus longue de 5 centimètres. La tumeur adhère à la partie supérieure de cette cicatrice. — *Dimensions* : Longue de 5 cent., 4 cent. de large. — *Direction* : Grand axe oblique en bas et en dedans. — *Conformation extérieure* : La tumeur est constituée, comme on a pu le constater pendant la vie, de trois lobes, qui forment deux portions : une portion palmaire et une autre dorsale. La portion palmaire est formée par un petit lobe, long de 2 cent., large de 1 cent. 1/2, appliqué sur la gaine du fléchisseur. La portion dorsale est formée de deux lobes, longs de 3 cent. sur 2 cent.

de largeur. La tumeur s'interpose entre l'annulaire qu'elle rejette en dedans et l'index. Par son extrémité supérieure, elle arrive presque à l'extrémité inférieure de la première phalange de l'annulaire; par son extrémité inférieure, elle touche la partie supérieure de la cicatrice, qui est restée après l'extraction du troisième métacarpien. Ces deux portions de la tumeur sont réunies entre elles par une partie rétrécie ou col. Ce col répond au niveau de la cicatrice. Sa couleur est d'un blanc grisâtre.

Rapports, Connexions : La peau peut être facilement disséquée, mais, au niveau de la bosselure interdigitale, elle devient extrêmement mince, adhérente et ne peut être disséquée, sans entraîner avec elle de petites portions de la tumeur. Elle contracte avec la *gaine du fléchisseur* les rapports suivants : la gaine du fléchisseur de l'annulaire est repoussée vers le bord cubital. Mais on peut constater que la tumeur, dans son ensemble, glisse sur cette gaine par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire lâche. La gaine est saine, et les tendons fléchisseurs le sont à plus forte raison. La tumeur, à la face dorsale, adhère, au contraire, intimement à l'expansion que les interosseux et les lombricaux envoient au *tendon extenseur*; elle n'adhère pas à l'extenseur lui-même. Les os sont complètement indépendants de la tumeur. Le *nerf collatéral* externe de l'annulaire passe à travers la tumeur en se creusant un canal.

Conformation intérieure : Le bistouri ne la coupe qu'avec la plus grande difficulté. Sa couleur, à la coupe, est uniformément d'un blanc grisâtre, grenue, formée par des petits amas calcaires ou osseux. — *Noyau indépendant* : Ce noyau, qu'on sentait sous la peau du deuxième métacarpien, est formé par le même tissu que la tumeur. Il est indépendant de la peau et de l'os; il adhère au contraire aux deux tendons de l'index, avec lesquels il est enclavé.

Structure : Examen microscopique pratiqué par M. Suchard, chef du laboratoire d'histologie à l'hôpital Necker, qui, avec sa complaisance habituelle, a bien voulu nous donner la note suivante : Les tissus de la tumeur, après avoir été fixés par l'alcool, ont été décalcifiés par l'acide picrique. Le durcissement était complété par l'action de la gomme et de l'alcool. Des coupes ont été pratiquées dans la tumeur de manière à en comprendre la totalité. Sur ces coupes colorées à l'aide du picrocarminate d'ammoniaque et conservées dans la glycérine, additionnée d'acide formique, on constate que la tumeur est constituée de la manière suivante : 1° Une couche de tissu fibreux qui forme

autour de la tumeur un périchondre, l'enveloppant dans toute son étendue ; — 2° Sous ce tissu conjonctif, on remarque une couche mince de substance cartilagineuse, renfermant des cellules ; un grand nombre de ces cellules sont mises en liberté par la rupture des capsules et s'entourent de substance cartilagineuse calcifiée ; — Le centre de la tumeur est formé par des ilots de substance cartilagineuse calcifiée ; dans cette substance on remarque des cellules, dont les unes sont arrondies et ovalaires, comme des cellules de cartilage, et dont les autres présentent déjà les caractères des corpuscules osseux. Nulle part, le tissu cartilagineux calcifié ne paraît formé des lamelles alternatives, homogènes et striées comme on le remarque dans le tissu osseux. Entre les ilots calcifiés se trouvent des espaces comblés par un tissu conjonctif jeune, renfermant des vaisseaux et formant un tissu médullaire. Le diagnostic de la tumeur ainsi constituée est donc le suivant : *Chondrome ossifiant*. On pourrait aussi faire rentrer cette tumeur, malgré l'ossification qu'elle a subi, dans le groupe des chondro-fibromes de Virchow. Mais il semble, d'après un travail présenté par M. Ranvier à la Société anatomique, en 1865, que la présence des tissus fibreux de la tumeur ne suffit pas pour en faire une classe à part.

15. Rétrécissement congénital de l'aorte. — Dilatation et hypertrophie du cœur. — Asystolie ; par M. CAMESCASSE, interne des hôpitaux.

Le 26 juillet 1884, le nommé Guill. Julien, âgé de 16 ans, apprenti ébéniste, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Axenfeld, lit n° 17 (service de M. TENNESON).

Antécédents héréditaires. — Père mort subitement au milieu d'un repas. Une sœur morte subitement à 12 ans. Mère vivante, bien portante. Il n'y a pas de rhumatisants dans la famille.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais été malade ; pas de rhumatisme, de chorée, de scarlatine.

Il y a six mois qu'il a commencé à être gêné pour respirer. Il toussait un peu. Puis, à différentes reprises, il a eu des palpitations et de l'œdème des membres inférieurs. Cependant il n'a cessé de travailler que la semaine dernière, parce qu'il s'essouffait très rapidement et que ses jambes sont enflées. Inappétence. Selles irrégulières. Toux rare, pas d'expectoration. Urines rares. Vue troublée.

A l'entrée. — Sujet peu développé pour son âge. Or-

thopnée. Teinte asphyxique de la face et des extrémités. Œdème des paupières. Œdème des membres inférieurs assez considérable. On songe aussitôt à des troubles rénaux et cardiaques. Pouls très petit, fréquent. Thorax globuleux. Cœur gros; la pointe bat avec force dans le 5^e espace à 4^{cm} en dehors du mamelon, et à 11^{cm} de la ligne médiane. A l'auscultation, souffle très fort au premier temps. On l'entend dans toutes les directions; il semble avoir son maximum vers la pointe. Auscultation des poumons: quelques râles en avant. En arrière: à droite, matité considérable, silence dans les 2/3 inférieurs, souffle au niveau des grosses bronches. Les vibrations sont mal transmises. A gauche, râles nombreux, assez fins; on entend distinctement le souffle cardiaque. Pas d'albumine dans les urines. Traitement: Ventouses sèches. Potion de Todd.

Le lendemain l'état du malade s'est singulièrement aggravé. Asphyxie très prononcée. Etat demi-comateux. Apyrexie. *Diagnostic*: Insuffisance mitrale de cause inconnue. Congestion pulmonaire^e intense. Saignée. On tire 300 grammes de sang à peu près. Purgation; eau-de-vie allemande. Le silence du côté droit a fait place à de nombreux râles fins. On constate la présence d'un peu d'albumine dans l'urine. Cette albuminurie reparaitra plusieurs fois, mais d'une façon intermittente. On prend le pouls au sphygmographe. Pouls d'insuffisance mitrale à la période d'asystolie.

29 juillet. Rétention d'urine depuis hier soir. Cathétérisme facile. Jet vigoureux. Il faut sonder le malade pendant trois jours.

30 juillet. La diarrhée ayant disparu on prescrit: macération de digitale (0,30 centigr. de poudre) pendant trois jours. Diurèse. Le pouls se relève singulièrement. Régulières dans leur rythme, les pulsations sont inégalement fortes. L'œdème des membres inférieurs diminue, ainsi que la congestion pulmonaire.

Pendant le mois d'août, l'asystolie reparait à plusieurs reprises. Deux fois la digitale amène un soulagement notable. Une troisième fois elle échoue. On essaie, en vain, le vin diurétique, l'infusion de stigmates de maïs, l'acétate de potasse, etc. Le 15 septembre, il survient de la diarrhée. L'état du malade s'aggrave rapidement. L'asystolie est de plus en plus marquée, et la mort survient le 19 septembre.

AUTOPSIE. Pas d'épanchement dans les séreuses. Cœur volumineux. Poids: 280 grammes. Le ventricule gauche est très dilaté. Ses parois sont un peu épaissies. L'endocarde

paraît sain. La valvule mitrale paraît absolument normale.

On avait constaté que les orifices aortique et pulmonaire étaient suffisants.

Aorte. Dilatée au niveau de la crosse. La paroi ouverte mesure 0,07 de largeur. La crosse est très courte et s'élève peu. Peu après l'origine des gros vaisseaux du cou, on voit un brusque rétrécissement des vaisseaux dont la circonférence extérieure est réduite à 0 m., 026. Au-dessous, le calibre augmente rapidement; légère dilatation d'abord, la circonférence atteint 46 millimètres, pour revenir à 38 millimètres, dimension qu'elle conserve dans toute la longueur de l'aorte thoracique descendante. Immédiatement au-dessous du rétrécissement, sur la concavité de l'artère, on voit une saillie un peu dure au centre de laquelle on remarque un point noirâtre. Une section transversale du vaisseau au-dessus du rétrécissement montre un diaphragme qui occupe presque toute la circonférence. Ce diaphragme, très mince au niveau du bord libre, présente une épaisseur de 0,001 millimètre contre la paroi. Sa largeur est de 2 millimètres sur presque tout le pourtour de l'artère; il s'amincit en s'approchant du bord concave de la crosse, et disparaît complètement au niveau de ce bord. Ce diaphragme est très tendu. Il réduit la circonférence intérieure de l'artère à 0 m. 020. Quand on a ouvert le vaisseau suivant sa longueur, on remarque sur le bord concave, une dépression en cul-de-poule, qui répond extérieurement à la nodosité décrite plus haut, et qui intérieurement est située immédiatement au-dessous du rétrécissement au niveau où le diaphragme manque. Un crin dirigé dans cet orifice sort par le point noir remarqué au sommet de la nodosité. *Congestion pulmonaire* peu marquée. *Reins* petits, (ils pèsent ensemble 120 grammes). *Organes génitaux* normaux, mais peu développés, pas de poils sur le pubis. *Membres inférieurs* bien développés.

Il s'agit en résumé d'un *rétrécissement congénital de l'aorte* siégeant au niveau de l'insertion du canal artériel, et ayant donné lieu à tous les signes d'une insuffisance mitrale. Comme dans presque tous les cas de ce genre, le diagnostic n'avait pas été fait. Pouvait-il en être autrement? nous ne le croyons pas. Comment doit-on interpréter le souffle systolique: il nous semble qu'il s'agissait réellement d'une insuffisance mitrale, liée à la dilatation du ventricule, et produite par la tension exagérée des piliers (?).

16. Ulcération de l'artère poplitée au contact d'un foyer de suppuration ; par le Dr E. de ARGEZ.

L'observation que nous avons l'honneur de soumettre à la Société anatomique est relative à un fait d'ulcération d'un gros tronc artériel au contact d'un foyer de suppuration chronique. Voici, résumée dans ses traits principaux, cette observation qui provient du service de M. Bouilly, à l'hôpital de la Charité.

Il s'agit d'un homme assez jeune, qui, atteint depuis trois ans d'une tumeur blanche du genou gauche, arrivée à la période de suppuration et d'abcès péri-articulaires, a subi la résection du genou le 12 septembre 1884. A cette époque il existait, outre un état local assez sérieux pour justifier cette intervention, un état général très médiocre : le malade était en effet pâle, amaigri, présentait chaque soir une élévation très marquée de la température, et, du côté des poumons, on notait, au sommet droit, les signes non douteux d'une invasion tuberculeuse.

Toutes les conditions du malade mûrement examinées, M. Bouilly pratiqua la résection. Les suites de cette opération furent assez peu satisfaisantes. Le malade restait pâle, n'avait pas d'appétit, avait toujours de la fièvre. C'est dans ces conditions que, vers le douzième jour après l'opération, une hémorrhagie très abondante survint, dont les caractères firent immédiatement penser à une lésion d'un tronc artériel qui, par son siège, devait être l'artère poplitée. L'interne de garde, appelé, fit d'urgence la ligature de l'artère fémorale, au-dessous de l'arcade.

Depuis, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite, mais l'état du malade n'a fait qu'empirer, à tel point que huit ou dix jours après, M. Bouilly dut pratiquer l'amputation de la cuisse à la partie moyenne. Aujourd'hui le malade est dans un état aussi satisfaisant que possible.

L'autopsie du membre, pratiquée avec le plus grand soin, démontra, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre sur la pièce, qu'il existait, au niveau de la partie supérieure de l'artère poplitée, une dilatation anévrysmale, du volume d'un haricot environ, dilatation au point culminant de laquelle on note l'existence d'une perforation qui laisse pénétrer avec peine une tête d'épingle. C'était là évidemment l'origine de l'hémorrhagie si abondante qui s'était montrée auparavant.

RÉFLEXIONS. On sait que la pathogénie des hémorrhagies

des gros troncs vasculaires au contact des foyers purulents est encore entourée d'une certaine obscurité. On a invoqué le ramollissement des parois artérielles, l'existence de la fièvre septicémique, et, dans les foyers tuberculeux, l'ulcération des vaisseaux par le processus destructif propre à la tuberculose. Enfin, dans la discussion qui a eu lieu récemment à la Société de Chirurgie, M. Monod a émis l'hypothèse que ces hémorrhagies pouvaient être dues à de véritables anévrysmes, notre observation confirme pleinement cette façon de voir.

17. Cyanose congénitale. — Persistance du trou de Botal. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — Aorte s'ouvrant également dans les deux ventricules. — Hypertrophie du ventricule droit ; par VILON et LÉVÊQUE, internes de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Le nommé Henri G..., âgé de 21 ans, était à l'hôpital-hospice de Saint-Germain, dans une salle de vieillards. — Voici les détails que sa mémoire, un peu obscure, nous a permis de recueillir : Rien du côté des ascendants ni des collatéraux. Convulsions en bas âge, engorgement des ganglions cervicaux, gourme, rougeole. A marché très tard. Dans la seconde enfance, il ne pouvait partager les jeux de ses camarades, étant rapidement essoufflé par la marche et la course. Il était toujours cyanosé. Sorti de l'école à 12 ans, sans avoir pu apprendre ni à lire ni à écrire, il fut mis en apprentissage dans une imprimerie, où il resta environ un an. Au bout de ce temps, il rentra chez lui pour soigner son père malade ; trois mois après, il était pris, dit-il, de paralysie des deux jambes et entra à l'hôpital. A sa guérison, on l'admit à l'hospice, comme incapable de suffire à ses besoins.

Le 14 décembre 1883, jour de l'examen, le malade présente les particularités suivantes : La face est fortement cyanosée et couverte d'acné ponctuée. Le système pileux n'a pris aucun développement ; les yeux sont saillants, les conjonctives oculaires d'un rouge cramoisi, et les lèvres, très épaisses, sont, ainsi que les gencives, violacées. Embonpoint notable. Doigts hippocratiques. Lenteur des mouvements, qui amènent assez rapidement la fatigue, paresse et inertie intellectuelles, somnolence. Pendant son sommeil, généralement bon, G... pousse quelquefois des gémissements inconscients. Il a parfois la migraine et des

sueurs nocturnes abondantes. La température, appréciée à la main, ne présente pas un abaissement notable.

Toux légère; on perçoit quelques râles muqueux du côté droit de la poitrine, en arrière. Au repos, il est à peine essoufflé; mais quand il court, monte ou descend, en un mot, lorsqu'il se livre à une occupation un peu vive, la suffocation est imminente. Palpitations peu intenses, mais assez fréquentes, pouls normal. On voit nettement la pointe du cœur battre dans le quatrième espace intercostal, et ce battement est accompagné d'un retrait de la paroi thoracique, dans le cinquième espace. La main, appliquée sur la région précordiale, est assez fortement soulevée par les contractions cardiaques. Frémissement cataire intense à la base, dont le maximum se fait manifestement sentir vers le deuxième espace intercostal droit. A la percussion, à gauche du sternum, submatité au niveau de la troisième côte, matité au niveau des troisième et quatrième espaces et de la cinquième côte; près du sternum, cette matité se prolonge jusque sur le septième cartilage costal et s'étend jusqu'au bord droit du sternum.

Dans le deuxième espace droit, près du bord sternal, et pendant la systole, on entend un souffle râpeux, intense. Il s'entend, d'ailleurs, dans toute la région précordiale, mais diminue d'intensité à mesure qu'on s'éloigne du deuxième espace droit.

A l'ophtalmoscope, cyanose énorme de la choroïde, larges staphylomes postérieurs.

Rien de particulier du côté de l'appareil digestif et urinaire. Organes génitaux et système pileux pubien relativement assez développés.

Le sujet était, néanmoins, en assez bonne santé, quand en septembre, il est atteint de l'épidémie dysentérique qui sévissait alors sur la ville. Il succomba à cette affection quelques jours après, le 24 septembre, à l'âge de 21 ans et 8 mois.

AUTOPSIE. — Cœur très volumineux. L'hypertrophie porte surtout sur le ventricule droit. Le cœur pèse 290 grammes. Les oreillettes semblent bien conformées. — L'aorte, dilatée à son origine, ne tarde pas à reprendre son volume normal. Ses parois ont une mollesse et une minceur qu'on ne rencontre ordinairement que sur les veines. Le ventricule droit offre une paroi très épaisse. Aucune altération de la valvule auriculo-ventriculaire ni de l'infundibulum. L'orifice par lequel ce dernier communique avec l'artère pulmonaire est presque entièrement

oblitéré et admettrait à peine une plume de corbeau. Cette occlusion de l'artère pulmonaire, à ce niveau, est déterminée par une sorte de diaphragme en cul-de-poule à sommet supérieur. Ce septum paraît formé par les valvules sigmoïdes soudées entre elles et figurant ainsi un tronc de cône creux à grande base inférieure. D'ailleurs, cette unique valvule conique est parfaitement suffisante. Le ventricule gauche, dont les parois sont aussi un peu hypertrophiées, ne présente rien d'anormal du côté de la valvule mitrale. La cloison interventriculaire est incomplète à sa partie supérieure, de sorte qu'une large communication s'établit entre les deux ventricules. Vue d'en haut par l'aorte, cette cloison offre à ce niveau un bord mousse assez épais. Au-dessus de ce bord, qui est tout à fait libre, s'élève l'aorte. Celle-ci communique largement avec le ventricule gauche et le ventricule droit. Son orifice, à cheval sur la cloison, est dilaté; les valvules sigmoïdes ont pris un accroissement proportionnel et sont parfaitement suffisantes. Au-dessus d'elles se voit l'origine des coronaires. Les oreillettes n'offrent rien d'anormal, si ce n'est du côté de la cloison qui les sépare. En effet, cette dernière est incomplète: le trou de Botal, qui est à peu près fermé par le rapprochement des deux valves, laisse voir à la moindre traction un orifice circulaire d'environ 1 centimètre de diamètre. Nous n'avons pas retrouvé le canal artériel.

Poumons et reins congestionnés. — Rien d'anormal du côté des autres organes.

M. CORNIL fait remarquer que le canal artériel devait très vraisemblablement exister, sans cela le sang ne serait pas parvenu aux poumons en quantité suffisante pour les nécessités de l'oxygénation. Ce cas est tout à fait en faveur de la théorie de Rokitanski, qui attribue surtout cette anomalie à l'arrêt de développement de la cloison interventriculaire, et rejette l'hypothèse de l'endocardite fœtale. Les deux ventricules, qui recevaient également du sang artériel, sont tous deux hypertrophiés, et l'on ne peut les distinguer l'un de l'autre par l'épaisseur de la paroi musculaire.

18. Genu valgum ; par M. BOUYGUES, interne provisoire des hôpitaux.

Marie L..., âgée de 17 ans, entrée le 25 mars 1884 à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Saint-Landry, lit n° 41 (service de M. CHAUFFARD).

Cette jeune fille entre avec des symptômes d'embarras gastrique. Elle est presque idiote, parle difficilement le français, aussi ne peut-on recueillir sur elle le moindre renseignement. On sait seulement qu'elle est orpheline et que sa santé est délicate.

L'examen permet de reconnaître les particularités suivantes : Elle est petite et assez maigre. La tête est volumineuse proportionnellement au corps. Les bosses frontales, et surtout les pariétales, sont saillantes, mais ne sont pas sensiblement asymétriques. La suture sagittale est déprimée. Les maxillaires et les dents sont normaux. Le thorax ne présente pas de déformation, mais on trouve par le palper une saillie notable au niveau des articulations chondrosternales. Les membres supérieurs ne sont pas déformés, mais les membres inférieurs présentent des altérations multiples. Le membre gauche est le siège d'un genu valgum. Le membre droit est à peu près rectiligne, de sorte que les deux réunis représentent la figure d'un K. La cuisse gauche, assez grosse supérieurement, se rétrécit brusquement vers le tiers moyen, et augmente de nouveau au niveau du genou. Celui-ci est volumineux, surtout dans le sens antéro-postérieur. Il forme à sa partie interne une saillie volumineuse, paraissant surtout constituée par le condyle interne du fémur. Le condyle externe est assez profondément enfoncé dans les parties molles et paraît atrophié. L'axe de la cuisse forme avec la verticale un angle de 25° environ. L'interligne articulaire est dirigé en haut et en dehors et forme un angle de 20° avec l'horizon. Le tibia est fortement repoussé en dehors. Il forme avec la cuisse un angle très marqué. Le sommet de l'angle répond au tubercule du grand adducteur. L'extrémité supérieure du tibia est développée, surtout dans le sens transversal, et cette déformation, jointe d'une part à une saillie assez marquée de la rotule en avant, d'autre part à une incurvation du quart inférieur du fémur dans le sens antéro-postérieur, donne un aspect particulier au genou : il paraît y avoir un enfoncement de l'extrémité supérieure du tibia. Il n'y a pas d'incurvation dans le sens transversal. La rotule est déviée en dehors, et ne recouvre que fort incom-

plètement le condyle interne. Dans l'extension, son bord interne est distant de 17 millimètres du bord correspondant de ce condyle. Cette disposition s'exagère dans la flexion. Si on fléchit le genou, la déviation disparaît progressivement; elle est nulle au delà de la flexion à angle droit; mais si on exagère le mouvement, elle tend à se produire en sens inverse. Notons enfin l'absence de mouvements d'adduction et d'abduction, l'absence d'hyperextension.

La cuisse droite est, comme la gauche, volumineuse dans sa partie supérieure, moindre dans sa partie moyenne, très grosse au niveau du genou. Il en résulte entre les deux cuisses une sorte d'espace elliptique, allongé à ses extrémités. Le genou est volumineux, et la partie supérieure du tibia paraît enfoncée, comme du côté gauche. La jambe et la cuisse, au lieu de l'angle normal, sont presque en droite ligne. Il existe là une ébauche d'une déviation portant le pied dans la même direction que celui de gauche. La partie interne de l'interligne articulaire est située à 3 cent. 1/2 environ plus bas à gauche qu'à droite. Par contre, à cause de la déviation de la jambe, le talon droit descend (dans la position horizontale) à 4 cent. plus bas que le gauche.

L'examen des parties molles ne montre pas de rétraction musculaire, pas de paralysie. Il n'y a pas de différence de volume des deux membres.

Nous remarquons enfin une déviation légère du bassin, avec incurvation de la colonne lombaire; l'épine iliaque antéro-supérieure gauche est sur un plan un peu plus élevé et plus antérieur que celui de droite.

Quelques jours après son entrée, la malade présente trois attaques épileptiformes dans l'espace de 24 heures. Elle guérit et reste dans le service. Vers la fin de juillet, elle a deux attaques successives dans le même jour. Le 19 et le 21 septembre, deux attaques nouvelles.

A partir de ce moment, son caractère s'attriste, elle se plaint de maux de tête; l'état général s'aggrave. Le 6 octobre, elle prend définitivement le lit avec des symptômes assez mal définis, qui font songer à une fièvre typhoïde. Le 14 octobre, on constate les signes évidents d'une méningite tuberculeuse, à laquelle elle succombe le 18 au matin.

AUTOPSIE. On trouve les lésions suivantes que nous résumons : Les *poumons* présentent des granulations anciennes vers leur partie moyenne et un semis très dis-

cret de granulations transparentes dans les deux sommets. Adhérences pleurales faibles, mais généralisées. — *Ganglions trachéo-bronchiques* caséeux. — Le *péritoine* pariétal et le grand épiploon, qui lui adhèrent, sont couverts de granulations tuberculeuses jaunâtres. Le *mésentère*, le *mésocôlon* présentent des chapelets de ganglions caséeux du volume d'une noisette à celui d'une noix. Le foie, et surtout la rate offrent un semis tuberculeux jaunâtre. Les *reins* sont normaux. — Les *méninges* présentent des adhérences tuberculeuses anciennes dans les régions rolandiques gauches, qui sont la cause probable des attaques épileptiformes que nous avons observées. Les scissures sylviennes sont le siège d'un piqueté abondant de tubercules transparents.

Après ces constatations, nous avons procédé à l'examen détaillé et comparatif des deux membres inférieurs. Une dissection minutieuse nous a montré qu'il n'existait aucune différence entre les masses musculaires du côté gauche (côté dévié) et celles du côté droit. Tous les muscles étaient également tendus, il n'existait qu'une légère différence dans leur direction, due à la déviation de leurs points d'insertion inférieure. A part cela, ils présentaient une apparence égale des deux côtés. Ils étaient exactement du même volume, et de la même couleur à droite et à gauche. Nous n'avons trouvé aucun faisceau dégénéré (fibreuse ou graisseux). Nous n'avons pas trouvé non plus de rétraction aponévrotique ou ligamenteuse. Nous avons donc été amené par exclusion à rechercher la cause unique de la déviation dans le squelette. Voici ce que nous avons constaté: Le fémur gauche est rectiligne dans ses $\frac{3}{4}$ supérieurs, mais, au niveau de son $\frac{1}{4}$ inférieur, il subit un double mouvement de courbure: l'un dans le plan transversal, amenant le condyle externe en dehors de l'axe de l'os, l'autre dans le sens antéro-postérieur repoussant le condyle interne en arrière et en bas. La partie inférieure du fémur paraît avoir subi un mouvement de torsion en bas, en dedans et en arrière. Le volume des deux condyles est modifié. Le condyle interne est allongé dans le sens vertical, sa face superficielle forme une masse arrondie, volumineuse à la partie externe, moins saillante en avant. La face inférieure articulaire, au lieu de décrire comme à l'état normal deux arcs de cercle appartenant à des circonférences de rayons différents, et reliés entre eux par une portion d'ellipse très aplatie (Tillaux), décrit dans ses $\frac{2}{3}$ antérieurs une courbure uniforme à grands rayons, se continuant dans le $\frac{1}{3}$ postérieur avec une courbure à

rayon plus petit. Le condyle externe est de volume normal à sa partie antérieure. Il paraît augmenté transversalement à sa partie postérieure, sa facette articulaire est plus large en avant. Elle est surmontée d'une surface fibro-cartilagineuse assez étendue sur laquelle vient reposer la rotule dans l'extension. Le bord inférieur du condyle interne descend ainsi à 3 cent. 1/2 au-dessous du bord correspondant du condyle externe. Il forme avec l'axe fémoral un angle de 45°, et avec l'horizon un angle de 20°. Le tibia présente des altérations assez remarquables: la tubérosité interne est plus élevée que l'externe de 10 à 11^{mm}, il en résulte que le plateau regarde en haut et en dehors si on place l'os dans la position verticale. La concavité des surfaces articulaires n'est pas modifiée. L'os est à peu près normal dans le reste de son étendue. Il est un peu plus volumineux que celui du côté opposé.

De cet ensemble de lésions, résulte une déviation très marquée, l'axe du fémur forme avec celui du tibia un angle de 124°. Les ligaments latéraux, les ligaments croisés, et le ligament postérieur sont de volume normal et n'offrent pas de rétraction ou de relâchement.

Du côté du membre nous notons un volume assez considérable au niveau du genou. L'angle que forme le tibia avec l'axe prolongé du fémur est de 4° au lieu de 8°, angle normal (Bouvier). Signalons en outre une lésion qui nous paraît intéressante, et que nous n'avons pas vue notée: l'axe fémoral forme avec l'os du col un angle de 94°, à gauche, de 102° à droite, au lieu de 130° angle normal (SAPPEY). Après l'étude des parties extérieures, nous avons scié verticalement et transversalement les os des deux membres et nous avons trouvé les altérations suivantes: à l'union du corps et du col, à l'extrémité supérieure de la cavité médullaire, une masse caséeuse de la grosseur d'un pois; dans le 1/3 moyen, une masse analogue un peu plus considérable; mais les lésions principales portent sur l'extrémité inférieure. La ligne d'ossification est marquée par une mince bandelette osseuse, compacte, étendue transversalement et décrivant de légères sinuosités. Dans sa partie externe elle est parallèle à la surface articulaire; elle s'en éloigne notablement au niveau du condyle interne de façon à augmenter considérablement en ce point l'épiphyse. Au-dessous de cette ligne, on trouve une première zone constituée par des lamelles osseuses à direction principalement verticale et circonscrivant des aréoles assez considérables. Il existe une notable différence entre la partie interne et la partie

externe : à la partie externe, le tissu osseux est dense, les aréoles sont plus petites et leur consistance est plus considérable. Elles ne diffèrent pas du tissu osseux normal. Au niveau du condyle interne les aréoles sont très grandes, elle contiennent une moelle rougeâtre, vascularisée et offrent moins de consistance. Au-dessous de cette première zone, il existe une deuxième zone formée de tissu spongieux à fines aréoles. Elle offre une épaisseur uniforme, excepté au niveau de sa partie la plus interne où elle est envahie par les grandes aréoles de la couche supérieure. A sa partie moyenne, au niveau de l'espace inter-condylien, elle est éburnée, au contact du cartilage sur une épaisseur de 2^{mm} 1/2. Au-dessus de la ligne d'ossification, on trouve une couche de forme triangulaire, dont la base répond au bord interne de l'os sur une longueur de 3^{cm}/ et le sommet à la ligne d'ossification à une distance de 15^{mm} du bord externe, qui présente des altérations remarquables. A la partie interne et à la partie externe, on trouve du tissu spongieux à grandes aréoles comme celui que nous avons vu au-dessus.

Le reste de l'aire du triangle est occupé par une moelle grasseuse, jaunâtre, dans laquelle on distingue à peine quelques travées osseuses, minces et friables. A la partie interne de l'os à ce niveau, et au-dessus, on trouve du tissu spongieux normal. Les lésions siègent donc à la fois sur l'épiphyse et sur la partie inférieure de la diaphyse. Elles sont limitées à la partie interne de ces régions.

Sur le tibia, le tissu spongieux présente dans l'épaisseur de la tubérosité interne de grandes aréoles comme celles que nous avons vues dans le fémur. Ces lésions n'existent pas dans la tubérosité externe.

Dans le fémur droit, on trouve au niveau de la ligne d'ossification quelques aréoles de volume considérable remplies de moelle grasseuse, de même aspect que celles du fémur gauche, mais ces aréoles sont assez régulièrement réparties dans l'épaisseur de l'extrémité inférieure de l'os. Elles ne prédominent pas d'un côté, et, de plus, les travées osseuses qui les circonscrivent sont denses et résistantes.

Nous nous trouvons donc en présence d'une altération siégeant sur les extrémités des os qui concourent à la formation du genou, et localisée à la partie interne de ces os. Cette altération dépend évidemment du rachitisme dont nous avons trouvé des traces dans le reste du squelette. Les grandes aréoles sont constituées par du tissu spongoïde. Le travail pathologique, localisé à la partie interne de

l'articulation, en a amené le développement exagéré, et, par suite, a entraîné la déviation de la jambe en dehors. Il n'est, croyons-nous, pas nécessaire d'invoquer d'autre cause, musculaire ou ligamenteuse, pour amener la déformation. Le processus pathologique, par sa localisation, a suffi à la produire. Nous désirons en outre signaler une déformation consécutive que nous avons mentionnée : nous voulons parler de la diminution de l'angle du col fémoral. Nous nous sommes demandé s'il n'existait pas un rapport direct entre l'angle formé par le fémur et le tibia au niveau du genou, et l'angle du col fémoral, comparés sur un membre sain, et sur un membre atteint de genu valgum.

En prenant les chiffres classiques et représentant l'angle normal du col par 130° (Sappey) et celui du genou par 172° (Bouvier) et les comparant dans le cas présent à l'angle du genou, qui est de 124° , nous avons pour trouver l'angle du col, la proportion suivante : $172 : 130 = 124 : x$. Nous trouvons ainsi, théoriquement, un angle de $93^\circ,7$. La mensuration directe de l'angle nous donne environ 94° . Nous sommes donc arrivé ainsi à un résultat sensiblement exact.

Cette proportion existe-t-elle toujours ? Nous ne le croyons pas. Le calcul analogue pratiqué pour le membre droit de notre sujet nous donnerait des résultats inverses de ceux que fournit la mensuration directe. Cependant, nous estimons que ce fait est intéressant et mérite d'attirer l'attention.

19. M. HALLÉ montre les pièces anatomo-pathologiques d'un homme qui a succombé avec des phénomènes d'*occlusion intestinale*. Une première fois il est survenu une débâcle diarrhéique; une seconde fois les phénomènes d'occlusion ont reparu et la mort a eu lieu. Une anse de l'intestin grêle était engagée sous une *bride mésentérique*. — Il existait de la *tuberculose des organes génito-urinaires* et un certain degré de péritonite. Il est probable que cette péritonite, quoique légère, a été la cause occasionnelle de l'occlusion, en provoquant du météorisme intestinal.

20. M. LEPAGE fait voir une *atrophie très grande* d'un rein trouvé chez un enfant de vingt mois.

21. M. DUBREUILLE montre une *tumeur kystique du*

cou, rencontrée chez un enfant nouveau-né. Elle est constituée par de petits kystes séreux agglomérés et s'enfonce profondément dans la région parotidienne.

M. BROCA : Dans un mémoire inédit, M. Lannelongue a décrit des kystes semblables ; ils résulteraient de la transformation d'angiomes hématiques.

22. Fièvre typhoïde. — Aphasie et Hémiplegie droite dans la période terminale. — Mort dans le coma. — Abscès volumineux des méninges ; par M. TISSIER, interne des hôpitaux.

Le nommé Noël, Charles, âgé de 57 ans, mécanicien, né à Montauban, entré le 21 avril 1884, salle Saint-Augustin, lit n° 21. — Sans antécédents morbides, héréditaires ou personnels, notables ; entre à l'hôpital avec tous les signes classiques d'une fièvre typhoïde qui aurait débuté il y a une douzaine de jours. La température est à 40° ; le pouls est fréquent, le ventre ballonné, couvert de taches lenticulaires et douloureux à la pression dans la fosse iliaque. Pas d'augmentation appréciable de la rate. Dans les poumons : quantité considérable de râles de bronchite avec dyspnée, nécessitant des applications répétées de ventouses.

Rien au cœur. Nuage d'albumine dans les urines. L'état d'hébétéude très accusé est plus apparent que réel par le fait de la surdité survenue dans les débuts de la maladie. Sauf cette surdité, qui persiste jusqu'au dernier jour, l'évolution de la dothiëntenterie n'offre aucune particularité remarquable.

Les taches s'effacent ; au bout de huit à dix jours les déterminations pulmonaires disparaissent ; il ne reste, avec la fièvre, continuant d'osciller entre 38° et 40°, qu'une diarrhée tenace et abondante avec météorisme abdominal. Le traitement a consisté en ventouses et purgatifs salins au début, plus tard en prises de bismuth et de lavements laudanisés. Tout le temps on a donné l'extrait de quinquina, la limonade vineuse, le lait et le bouillon. A la fin, voyant la fièvre s'éterniser, M. Huchard prescrivit, mais sans succès du sulfate de quinine.

Il y avait six semaines que le malade était à l'hôpital et l'on ne pouvait saisir aucune complication pour rendre compte de cette durée tout à fait anormale de la maladie, quand le 5 juin, après une élévation plus marquée de la température, on put constater que le malade venait d'être

atteint d'une aphasie complète. Ses efforts pour parler ne servirent qu'à manifester un autre phénomène : une paralysie du côté droit de la face.

Le lendemain, 6 juin, le membre supérieur droit parut paralysé ; le surlendemain ce fut le tour du membre inférieur du même côté. Mais il s'agissait plus d'une parésie que d'une paralysie complète. La sensibilité était obtuse dans tout le côté hémiplégié ; le malade ne se plaignait pas de la tête, n'avait pas vomis, n'avait pas d'albumine dans les urines, ni de souffle valvulaire au cœur. Son ventre était toujours météorisé et la diarrhée n'avait pas cessé.

Le 7 au soir la parole était revenue en partie, hésitante et malhabile ; il y avait aussi un amendement marqué de la paralysie des membres. Par contre, l'affaiblissement intellectuel était extrême et le malade restait plongé dans une torpeur presque irrésistible, d'où le tiraient à grand' peine les questions dont on le pressait.

M. Huchard qui pensait, en présence d'une fièvre typhoïde de si longue durée, avoir affaire à l'une de ces formes lentes à évoluer, dites prolongées continues, se demanda s'il ne fallait pas réformer le diagnostic après l'apparition des accidents nouveaux. Il ne pouvait cependant être question d'une granulie méconnue avec manifestations méningées actuelles. La fièvre typhoïde avait été trop nette et les symptômes pulmonaires auraient été toujours s'accusant au lieu de disparaître après les premiers jours de la maladie. On pouvait aussi songer à des tubercules cérébraux éclos pendant la convalescence. On a décrit des paralysies d'origine intestinale. M. Barié les rappelle dans un travail des Archives, de 1881, et M. Huchard les mentionne au long dans son traité des névroses. Il était possible que les accidents paralytiques fussent de cet ordre, surtout en raison de la diarrhée persistante qui avait en quelque sorte, survécu à la dothiéntérie. Cependant c'est à l'ordinaire la forme paraplégique qu'on observe, et c'était ici une forme exactement hémiplégique droite avec aphasie. Il devait y avoir une lésion intéressant les circonvolutions motrices de l'hémisphère gauche. Or, précisément dans la fièvre typhoïde, le Dr Calmette a signalé des hémiplégies du mouvement et de la sensibilité dues à des poussées congestives vers tel ou tel département cérébral. Cette interprétation pouvait d'autant mieux être acceptée que le peu d'intensité, la variabilité et la diminution rapide de la paralysie cadraient assez avec un processus congestif.

On fit appliquer des sangsues derrière les oreilles. Le 8

au soir, la paralysie s'était encore atténuée; mais l'état de somnolence avait encore augmenté. Le malade tomba le lendemain dans un véritable coma d'où il ne sortit plus jusqu'à la mort, qui se produisit le 11 juin à 12 h. 1/2.

AUTOPSIE. *Poumons*, gorgés de sang, splénisés aux deux bases. *Cœur*, d'apparence normale, les membranes valvulaires sont souples et lisses. Très légère induration athéromateuse de l'aorte. Poids: 290 grammes. *Foie*, poids: 1,600 grammes. *Rate*, grosse, violacée, molle. *Intestin*. Dans la dernière portion de l'intestin grêle, sept à huit grandes plaques de Peyer boursoufflées, opaques, et présentant le piqueté noirâtre dit état rasé. Tout autour, follicules clos à un degré de réparation moindre, soulevés et montrant à leur centre un reste d'ulcération. Dans le gros intestin, lésions plus récentes, les follicules clos agminés forment sept à huit groupes ulcérés et présentent les lésions de la seconde période du processus typhique; les ganglions mésentériques sont gros et violacés.

Cerveau. Une fois la calotte crânienne détachée, à la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère gauche bombe une saillie molle et fluctuante de forme oblongue, mesurant environ 12 centim. suivant le grand axe antéro-postérieur et 5 centim. suivant le petit diamètre supéro-inférieur. Cette saillie est recouverte par la dure-mère. En essayant de couper la dure-mère d'avant en arrière, au long de la faux du cerveau, on passe si près de la poche en relief qu'il y a crainte de l'entamer, aussi la dure-mère est incisée circonférentiellement au niveau de la base du crâne. En soulevant de bas en haut cette membrane extrêmement épaissie, en la faisant tourner autour de l'insertion de la faux, toute la poche fluctuante contenue dans son épaisseur est en même temps soulevée. Il suffit, pour exécuter ce renversement de rompre quelques adhérences peu résistantes, rattachant le feuillet pariétal au feuillet pie-mérien de l'arachnoïde.

Les circonvolutions sous-jacentes à la poche présentent un aplatissement très remarquable: l'abcès (puisque le contenu de la poche est purulent) a creusé une forte encoche tassant profondément les circonvolutions sur lesquelles il repose. Le département cérébral ainsi refoulé est formé par la plus grande partie du lobe frontal et du lobe pariétal, plus particulièrement par les deux circonvolutions ascendantes, les deux frontales inférieures dans leur portion voisine du sillon de Rolando et par les deux lobes pariétaux.

Quant à la poche dure-mérienne, elle est assez vaste

pour contenir 50 à 60 grammes de pus crémeux, bien lié, verdâtre. Sa cavité n'est pas cloisonnée; les parois en sont légèrement tomenteuses. Pas trace d'ecchymose ni d'infiltration sanguine. Cette poche est creusée dans l'épaisseur de la dure-mère; elle occupe le même siège que les foyers d'hémorragie méningée, c'est-à-dire qu'elle est limitée en dehors par la dure-mère, en dedans par le feuillet pariétal de l'arachnoïde que renforce une couche uniforme de fausses membranes.

Du côté du rocher, il n'existe aucun foyer de suppuration.

Cet abcès des méninges paraît différer de la plupart des observations de méningite suppurée diffuse dans le cours de fièvre typhoïde relatées par Fernet, Lereboullet, et Cadet de Gassicourt. Il se rapprocherait davantage d'un fait rapporté par Maunoury en 1875.

On pourrait se demander si l'abcès n'était pas antérieur à la fièvre typhoïde, dû à quelque ancien hématome ayant subi pendant l'évolution de la pyrémie la transformation purulente? Ce fait est peu probable: le malade n'était pas alcoolique et n'a jamais présenté avant de venir dans nos salles aucun symptôme laissant soupçonner une affection cérébrale.

Enfin, on peut s'étonner de ce développement presque latent d'une grosse collection de pus qui n'a trahi son existence qu'au dernier moment par des symptômes de la dernière gravité.

Séance du 31 octobre 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

23. Cancer primitif de la vésicule biliaire. — Calculs biliaires. — Compression du canal hépatique. — Ictère chronique; par M. N. ETTINGER, interne des hôpitaux.

Le nommé Sch..., âgé de 55 ans, journalier, entre le 26 septembre 1884 à l'hôpital de la Pitié, salle Piorry, lit n° 3 (service de M. LANCEREAUX).

Son père est mort après un an de maladie, après avoir présenté des vomissements très fréquents, peut-être d'un cancer de l'estomac; sa mère est morte d'une affection thoracique aiguë en quelques jours. Il a lui-même toujours joui d'une bonne santé, et n'a jamais été obligé de s'aliter avant la maladie actuelle. Le début de cette maladie remonte à cinq mois; c'est alors qu'il a ressenti quelques douleurs dans la région épigastrique, douleurs sourdes se manifestant surtout après les repas; elles s'accompagnaient d'une sensation de pesanteur et il avait conscience alors que les digestions étaient pénibles; en même temps, il perdait l'appétit, sans éprouver toutefois de dégoût pour les aliments; enfin, il commença à cette époque à maigrir et à perdre ses forces. A aucune période il n'a souffert de vomissements; jamais il n'a présenté d'hématémèses.

Enfin, il y a dix semaines, deux mois et demi après le début de sa maladie, il a remarqué que ses téguments étaient légèrement colorés en jaune, puis que ses selles devenaient blanchâtres, décolorées; en même temps, la constipation devenait de plus en plus fréquente. Depuis cinq semaines seulement, la coloration ictérique des téguments est devenue beaucoup plus accusée, les urines enfin ont pris une teinte presque noirâtre, colorant fortement en jaune les vêtements; il y a trois semaines, la diarrhée a succédé à la constipation et l'œdème des membres inférieurs est apparu; l'amaigrissement augmente de jour en jour.

Ce qui frappe avant tout chez ce malade, c'est la coloration ictérique des téguments, coloration accusée au plus haut degré; cet ictère est dû à une rétention complète de la bile, car les selles sont absolument décolorées, blanchâtres, analogues par leur aspect à des masses argileuses; elles ne contiennent pas de graisse en proportion notable. Agitées avec de l'éther, filtrées, puis le liquide évaporé, on ne trouve qu'un résidu très peu abondant de matières grasses. Les urines contiennent une quantité considérable de pigment et de sels biliaires; elles ne dépassent pas 1,000 grammes en quantité. Voici leur analyse plus exacte : Densité, 1,016; urée, 23.22. Pas d'albumine; pas de sucre. Phosphates, 1.384. — L'urine donne les mêmes réactions que la bile pure; elle contient donc une grande quantité des éléments de ce dernier liquide.

Voici le régime suivi par le malade au moment de l'examen des urines : 200 grammes de viande, 100 grammes de pain; 1 litre de lait, 1 litre de thé au rhum, 1 litre d'une solution de Vichy.

On ne constate pas d'ascite, pas de dilatation des veines sous-cutanées abdominales; par le palper du foie, on sent une induration douloureuse au niveau du rebord inférieur des fausses côtes, à droite de l'appendice xyphoïde; cette tuméfaction, très dure, est très peu étendue; sa pression réveille une douleur assez vive. Les autres viscères sont normaux.

L'amaigrissement, l'ictère nous font penser à une tumeur de la tête du pancréas, mais la tuméfaction du foie nous fait plutôt supposer qu'il s'agit là d'un cancer du foie, probablement des voies biliaires. L'absence de glycosurie, de stéatorrhée, de douleurs épigastriques signalées dans le cancer du pancréas nous font également pencher du côté de la seconde hypothèse.

L'état s'aggrave les jours suivants; la diarrhée devient incessante, le malade s'affaiblit de plus en plus, puis le ventre se météorise, l'ascite et l'œdème des membres inférieurs apparaissent douze jours après son entrée; tandis que jusque-là l'œdème était peu accusé, il envahit toute l'étendue des membres inférieurs, puis le malade refuse toute nourriture; la langue se sèche, se fendille et l'affaiblissement va grandissant de jour en jour. Il finit par succomber le 29 octobre. Pendant toute la durée de la maladie, les urines ont offert les mêmes caractères; jamais le malade n'a présenté d'hémorrhagies, ni de fièvre; la température a constamment oscillé autour de 37°; le pouls n'a jamais été ralenti, battant 80 à 90 pulsations à la minute.

AUTOPSIE le 30 octobre, 26 heures environ après la mort. — Le cadavre est très émacié; les masses musculaires sont considérablement diminuées de volume; les téguments et les tissus sont colorés uniformément d'une teinte jaune foncé. L'ouverture de la cavité thoracique ne permet de constater qu'un épanchement jaune citrin peu abondant dans les deux plèvres.

Les *poumons*, le *cœur*, les vaisseaux thoraciques sont sains. Quelques petites plaques d'athérome dans l'aorte descendante. Dans la cavité *péritonéale*, il existe un épanchement de 4 à 5 litres environ d'un liquide fortement coloré par les pigments biliaires; ce liquide est absolument clair. — Les *intestins*, ouverts sur toute leur étendue, ne présentent rien de particulier; il en est de même de l'*estomac* et du *duodénum*; ce dernier seul, dans sa portion verticale, a contracté quelques adhérences celluluses avec le foie. Le *pancréas* est sain également. — Quant au *foie*, au niveau de la vésicule biliaire, il présente une induration

du volume d'un gros œuf environ, induration qui adhère au colon transverse; une dissection attentive de ces diverses régions nous a permis de reconnaître les particularités suivantes : le colon, débarrassé et lavé du contenu argileux, blanchâtre, constitué par les matières fécales qui le remplissent, présente, au niveau où il adhère au foie, une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes environ; une sonde cannelée, introduite dans cet orifice, conduit sur une partie dure qui semble être un calcul biliaire. Quant à la *vésicule biliaire*, nous ne pouvons, malgré les plus grands soins, constater son existence. Suivant alors les canaux biliaires depuis l'ampoule de Vater et les incisant sur la sonde cannelée, nous remontons jusqu'au canal cystique, qui est englobé dans une masse de tissu hépatique induré; il conduit dans une cavité anfractueuse faisant corps avec le bord inférieur du foie; cette cavité est, dans une étendue de 4 centimètres environ, entourée d'un tissu dur, blanchâtre, criant sous le scalpel et qui se confond insensiblement avec le tissu hépatique voisin par des bords festonnés, un peu irréguliers; cette cavité contient douze calculs biliaires, du volume de 1 centimètre oube environ, pressés les uns contre les autres et se creusant des loges pour ainsi dire dans les tissus voisins. Il s'agit là sans aucun doute de la vésicule biliaire, dont les parois, peut-être cancéreuses, auraient adhéré au tissu du foie et se seraient confondues avec lui. A 1 centimètre environ au-dessus de la bifurcation du canal cystique, le canal hépatique est comprimé par la masse de la vésicule malade et remplie de calculs; en effet, au-dessus de ce niveau, le canal hépatique et ses deux divisions sont extrêmement dilatés, au point d'atteindre les dimensions du petit doigt; il en est de même de tous les canaux intrahépatiques, qui sont énormément dilatés et qui contiennent une bile verdâtre, pas visqueuse; le foie lui-même est de volume et de poids normaux (1,580 grammes); il est de couleur vert olive, et ne présente pas de dureté spéciale. La veine-porte, l'artère hépatique sont normales.

Les autres organes sont sains, à part les reins qui sont augmentés de volume, congestionnés, fortement ictériques. Le cerveau seul conserve sa coloration normale; il ne présente aucune lésion.

L'examen microscopique des parois constituant la poche qui était jadis la vésicule, nous a révélé, après durcissement et coloration au picrocarmin, les particularités suivantes : tout ce tissu blanchâtre, dur, est formé de nombreuses alvéoles de tissu fibreux; ces alvéoles sont peu

étendues, tandis que le stroma de tissu conjonctif est, au contraire, extrêmement développé; il est formé par des fibres épaisses de tissu conjonctif se colorant fortement en rose par le picro-carmin; les cellules qui les remplissent sont de formes variées; parfois arrondies, elles prennent dans d'autres régions l'aspect de cellules cylindriques; toutes se colorent en rose par le picrocarmin; mais tandis que le noyau, toujours volumineux, prend une coloration foncée, le protoplasma est coloré faiblement en rose. Une bonne partie de ces cellules sont en partie détruites, d'autres sont infiltrées de pigment biliaire; entre elles, du reste, existent de nombreuses granulations jaunâtres de même nature.

Il s'agit là d'un *carcinome à forme squirrheuse*, ayant débuté probablement dans les parois de la vésicule, et ne s'étant généralisé dans le foie qu'au pourtour de la vésicule.

L'examen histologique des diverses régions de cet organe nous a pourtant montré en un ou deux points les plus rapprochés de la partie malade deux petits noyaux secondaires développés entre des lobules sains; il ne nous a pas été possible de savoir au pourtour de quels éléments, canaux biliaires, vaisseaux, etc., ils s'étaient développés.

Nous avons examiné le foie en plusieurs régions, après l'avoir préparé suivant les procédés habituels de durcissement et de coloration, partout nous avons retrouvé les mêmes lésions: les canaux biliaires sont énormément dilatés et leurs ramifications offrent un diamètre plus considérable que celles de la veine-porte; le canal biliaire est rempli de bile et de concrétions biliaires, et il est entouré d'un anneau de tissu fibreux; nulle part nous n'avons trouvé de nouveaux canaux biliaires et de véritable travail de sclérose; seules, les trabécules hépatiques étaient comprimées et séparées les unes des autres par des espaces assez larges, remplis de granulations biliaires; les cellules elles-mêmes étaient comprimées, troubles, fortement imprégnées par ces mêmes éléments.

RÉFLEXIONS. — Il nous semble logique de supposer qu'il s'est agi, dans le cas présent, d'un cancer primitif de la vésicule biliaire, qui aurait adhéré au tissu hépatique voisin pour se confondre pour ainsi dire avec lui en une seule masse; la compression du canal hépatique ayant déterminé l'ictère ne s'est produite que secondairement.

Les rapports qui existent entre la lithiase biliaire et le

cancer des voies biliaires sont connus depuis longtemps, mais il n'est pas facile de savoir laquelle des deux affections a commencé. Dans le cas présent, l'existence de très nombreux calculs enserrés dans une cavité extrêmement petite nous porterait à supposer que la lithiase a été là l'épine ayant déterminé le développement du cancer; nous n'oserions cependant émettre autre chose qu'une simple hypothèse.

Au point de vue clinique, cette observation présente aussi un intérêt particulier; presque tous les symptômes attribués au cancer du pancréas: stéarrhée, glycosurie, douleur épigastrique, etc., ont fait défaut, et il était possible, par l'analyse attentive de ces faits, d'en tirer d'utiles conclusions pour établir le diagnostic d'un cancer des voies biliaires.

24. Kyste de la paroi postérieure de l'estomac: par GALLOIS, HONTANG et E. LEFLAIVE, internes des hôpitaux.

Cette observation nous a paru intéressante, tant par l'obscurité du diagnostic pendant la vie, que par la rareté de la lésion anatomique constatée à l'autopsie.

La nommée Levill..., Célestine, âgée de 22 ans, domestique, entre le 10 mars 1884 à l'hôpital Tenon, salle Claude Bernard (service de M. STRAUSS).

Cette malade ne présente rien à signaler comme antécédents tant personnels qu'héréditaires. Elle a été réglée à 13 ans, et la menstruation fut toujours régulière. Mariée à 17 ans, elle n'a été qu'une fois enceinte; son accouchement, qui remonte à quatre ans, a été normal; l'enfant est mort du croup à 14 mois. — La malade donne peu de détails sur le début de sa maladie. Elle était, dit-elle, sujette à la constipation. Au mois d'août 1883, à la suite d'une constipation ayant duré quelques jours, elle éprouva dans le côté gauche de l'abdomen des douleurs gênant la respiration, qui l'obligèrent à garder le lit pendant une semaine. Le ventre n'avait pas alors augmenté de volume. Depuis ce moment, ces douleurs n'ont jamais complètement disparu; elle a perdu l'appétit, elle a maigri; elle a été plus sujette à la constipation, et des vomissements survinrent à des intervalles assez éloignés; elle ne toussait pas alors.

Au mois de mars 1884, elle s'est aperçue qu'il se développait à la région de l'hypochondre gauche, immédiatement au-dessous des côtes, au point où elle avait déjà res-

senti des douleurs, une grosseur difficile à bien limiter et qu'elle dit être alors du volume d'un œuf de poule. Sur le conseil d'un médecin, elle entre le 10 mars 1884 à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Strauss.

Cette grosseur lui causait alors de vives douleurs lancinantes. Quatre semaines après son entrée, elle avait notablement augmenté de volume: on pratiqua alors une ponction et on retira environ une litre de liquide clair, fortement albumineux, ne contenant pas de crochets. Après cette ponction, la tumeur ne s'est pas complètement affaissée, mais au bout de huit jours on ne sentait plus rien par la palpation. Pendant quinze jours, les douleurs ont complètement disparu; puis, la tumeur et les douleurs ont reparu, et en huit jours le kyste avait repris son volume. Une deuxième ponction fit retirer une même quantité de liquide semblable au premier, et quinze jours plus tard la tumeur s'était reproduite.

Par élimination, on avait supposé avoir affaire à un kyste de la rate; quelques râles entendus au sommet gauche du poumon avaient fait penser à l'hypothèse peu vraisemblable d'une péritonite tuberculeuse enkystée.

La malade passa alors en chirurgie dans le service de M. Lucas-Championnière (salle Boyer). — Voici ce que l'on constate quelques jours plus tard (9 juin): L'abdomen est augmenté de volume; il existe une tumeur développée surtout à gauche, occupant l'hypochondre, le flanc et la moitié supérieure de la fosse iliaque de ce côté, et envahissant le côté droit jusqu'à l'union des régions médianes avec les régions droites de l'abdomen. La paroi abdominale est peu distendue et nullement modifiée. Cette tumeur paraît provenir de la partie supérieure et gauche de l'abdomen; à sa partie inférieure, elle se laisse séparer du bassin par la main. Sa surface est lisse, non bosselée; elle donne lieu à une sensation très nette de flot. Elle est mate à la percussion; mais la matité ne descend pas en bas jusqu'au bassin, et est séparée en haut et à gauche du poumon par la sonorité stomacale; la matité se continue en arrière dans la région lombaire gauche. Les régions droites présentent leur sonorité normale. La circonférence de l'abdomen, au niveau de l'ombilic, mesure 86 centimètres.

La distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde est de 13 centimètres; celle de l'ombilic au pubis est de 17 centimètres; celle de l'ombilic à l'épine iliaque droite est de 19 centimètres, et celle de l'ombilic à l'épine iliaque gauche est de 17 centimètres.

Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal.

L'état général est assez bon, quoique la malade ait maigri ; elle est toujours constipée ; les urines sont normales. Elle ne présente pas de signes manifestes de tuberculose. Les douleurs ne sont vives que dans la station verticale. Depuis trois mois, elle n'est plus réglée, et elle ne présente au moment de ses règles aucun phénomène douloureux spécial. Pendant son séjour à l'hôpital, elle a eu plusieurs nouvelles crises douloureuses, que l'on a combattues à l'aide d'injections sous-cutanées de morphine, mal supportées du reste. Elle sort sur sa demande le 21 juin.

Le 11 août, la malade entre de nouveau dans le service de M. Championnière. Son état général s'est très altéré ; l'amalgissement est très prononcé ; elle a perdu l'appétit. Elle tousse depuis un mois et expectore des crachats purulents pas très abondants ; une hémoptysie assez forte est survenue à la fin de juillet. A droite, dans le tiers supérieur du poumon, on entend en avant et en arrière des râles humides ; à gauche, on perçoit une respiration rude avec quelques craquements ; la malade est donc tuberculeuse. Le volume de l'abdomen a beaucoup diminué ; mais elle a des douleurs abdominales assez vives et presque continues ; elle est constipée ; pas de vomissements.

Le 18 août, on lui fait une application de pointes de feu en avant et en arrière du sommet droit. Elle quitte l'hôpital, améliorée au point de vue de l'état général, au commencement du mois de septembre.

Le 22 octobre, la malade entre pour la troisième fois dans le service de M. Championnière (salle Richard Wallace). C'est à peine si elle peut donner quelques renseignements sur ses nouveaux accidents. Huit jours auparavant, pendant qu'elle urinait accroupie, elle a ressenti subitement une vive douleur dans l'abdomen ; depuis ce moment, elle a beaucoup souffert dans tout le ventre et elle a été prise de vomissements. Depuis vingt-quatre heures, elle n'a pas uriné.

A son entrée, la respiration est fréquente, superficielle ; elle ne tousse pas. L'abdomen est ballonné, très douloureux à la pression ; l'exploration en est impossible ; vomissements bilieux peu abondants. Le facies est péritonéal ; les extrémités sont froides, cyanosées. Le catéthérisme de la vessie est très douloureux ; il ramène quelques centaines de grammes d'une urine brun foncé. — Potion de Todd, injection de morphine.

Le soir, l'état s'est encore aggravé ; la respiration est toujours très courte, les douleurs abdominales très vives ; les vomissements persistent. Les extrémités sont froides,

bleues, malgré tout ce que l'on fait pour les réchauffer. Le poulx est filiforme. La température axillaire s'élève à 40°,5. — La malade n'a pas uriné depuis le matin. — Injection d'éther (1 gramme) à cinq heures; injection de morphine à huit heures du soir. — Mort le 23 octobre à une heure du matin.

AUTOPSIE, le 24 octobre. — La cavité pleurale gauche présente quelques adhérences; à droite, le poumon adhère à la paroi dans toute son étendue, et l'on trouve de ce côté des lésions de tuberculose pleurale récente.

Les sommets des deux *poumons* sont indurés et présentent chacun une caverne du volume d'une petite noix dont la paroi semble en voie de cicatrisation; ces cavités contiennent un peu de liquide bilieux. Dans la moitié supérieure de chaque poumon, on trouve de petits groupes de granulations tuberculeuses du volume d'une tête d'épingle. Au bord postérieur de la base droite existe un noyau crétaé, très dur, plus gros qu'une lentille.

Le cœur et le péricarde n'ont rien d'anormal.

En ouvrant l'abdomen, on donne issue à un liquide évidemment hématique dont la quantité s'élève au moins à 4 ou 5 litres. — Le *péritoine* est épaissi d'une manière générale; des adhérences molles se voient en divers points, et particulièrement entre le grand épiploon et la paroi abdominale antérieure. — Le *foie*, la *rate*, les *organes du petit bassin*, etc., sont normaux; le rein droit présente seul un peu de néphrite parenchymateuse. Les viscères abdominaux sont tous recouverts çà et là d'une couche fibrineuse qui paraît bien d'origine sanguine.

À première vue, l'*estomac* paraît très distendu; mais en l'examinant de plus près, on reconnaît qu'une tumeur arrondie, molle, fluctuante constitue la plus grande partie de cette masse, et que l'estomac aplati est repoussé en haut et en avant. — La *tumeur* a à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme; mais peut-être était-elle plus grosse avant que les pressions exercées sur elle pendant l'extraction des viscères l'aient vidée d'une partie de son contenu au profit de la quantité du liquide intra-péritonéal. Sa paroi, bien limitée, assez épaisse, fait corps avec la paroi postérieure de l'estomac et avec le grand épiploon, notablement épaissi; elle est nettement indépendante de la rate à gauche, du colon transverse en bas, du pancréas et de la paroi abdominale postérieure en arrière. En haut, la tumeur s'arrête à une certaine distance du foie. Ces rapports nous font admettre que, proéminent du côté de l'ar-

rière-cavité des épiploons, elle n'en a pas les limites. Il nous a été du reste impossible de retrouver avec netteté cette poche séreuse et de constater l'existence d'un hiatus de Winslow.

En ouvrant la tumeur, on trouve une seule grande cavité uniquement remplie par des caillots cruoriques plus adhérents à la paroi, au voisinage de l'estomac. Nous avons déjà dit que la partie la plus liquide du contenu de ce kyste aurait pu être évacuée dans le péritoine au cours de l'autopsie. En effet, à la partie supérieure, au voisinage de la petite courbure de l'estomac est un orifice arrondi, admettant l'extrémité du petit doigt et mettant le kyste en communication directe avec la grande cavité péritonéale. Il semble donc qu'une hémorrhagie se soit produite dans le kyste, que celui-ci se soit rompu et qu'il en ait résulté une péritonite généralisée mortelle.

Signalons en terminant, à titre de curiosité anatomique, une disposition singulière du péritoine pariétal au voisinage du mésentère. De chaque côté de la colonne vertébrale, à hauteur de la région lombaire, se trouvait une demi-poche oblongue, largement ouverte en avant, assez grande pour loger le poing. Celle de droite était limitée en dehors par le mesentère, qui ne s'insérait pas par conséquent au-devant de la colonne vertébrale; celle de gauche était limitée en dehors par un repli péritonéal de plusieurs centimètres de hauteur, venant se terminer en bas au-devant de la colonne vertébrale, et en haut sur le mesocôlon transverse. Des anses intestinales remplissaient ces deux loges.

Examen histologique. — Le kyste était, avons-nous dit, appliqué contre la paroi postérieure de l'estomac et contre le grand épiploon. Des coupes ont été pratiquées en ces deux points. Au niveau du grand épiploon, la paroi propre du kyste ne se distingue pas du tissu de l'épiploon; cependant, du côté de ce dernier, on retrouve par places des groupes de vésicules graisseuses; du côté de la cavité du kyste, on trouve des globules rouges en grand nombre. L'hémorrhagie semble s'être produite dans l'épaisseur de la paroi et l'avoir perforée pour s'ouvrir dans la cavité du kyste. Sur la portion du caillot qui baignait dans la cavité, les globules sont disséminés irrégulièrement; on trouve au milieu d'eux un certain nombre de globules blancs. A mesure qu'on se rapproche du tissu cellulaire, les globules se disposent en trainées anastomosées. Ces trainées sont sans doute constituées par l'adossement des globules rouges qui se sont empilés les uns sur les autres; ces globules

sont reconnaissables et se colorent soit par l'éosine, soit par le carmin. Dans l'épaisseur du tissu conjonctif, on trouve par endroits des cavités dont le contenu rappelle absolument par sa disposition les trainées de globules rouges; mais les réactions colorées sont toutes différentes. En effet, ces trainées se colorent en rouge par le carmin, en violet par l'hématoxyline; ce sont sans doute des foyers d'anciennes hémorragies, dans lesquelles les globules ne sont plus reconnaissables à la vue et ont perdu leurs propriétés chimiques. On peut donc conclure d'après ce fait qu'il s'est produit dans la paroi du kyste de nombreuses hémorragies successives; la dernière, plus considérable, aurait déterminé la mort.

Sur une coupe intéressant à la fois la paroi postérieure de l'estomac et la paroi antérieure du kyste, on voit que la paroi fibreuse de ce dernier est immédiatement en contact avec la couche musculuse de l'organe. Sur certaines préparations, la paroi fibreuse du kyste est divisée en deux par une hémorragie. Les globules rouges y sont reconnaissables et ont été sans doute récemment extravasés: ils sont également disposés en trainées. On peut voir sur certains points, au milieu même de l'hémorragie, des cavités vasculaires appartenant vraisemblablement aux vaisseaux qui ont fourni le sang. Les parois sont rudimentaires. Il semble que dans la paroi du kyste il se soit produit des vaisseaux de nouvelle formation et d'une structure défectueuse, incapables de résister à la pression sanguine qui s'exerçait à leur intérieur.

RÉFLEXIONS. — Nous n'avons pas à insister sur les difficultés que présentait le diagnostic d'une semblable tumeur pendant la vie; il nous semble que lors même que ce diagnostic eût été possible, les conclusions thérapeutiques eussent été bien embarrassantes. — En parcourant les bulletins de la Société anatomique, nous avons trouvé un fait signalé par M. Rendu (séance du 27 février 1880) qui n'est pas sans analogie avec le nôtre. Il s'agit d'un kyste dépendant de l'estomac, pénétrant même au milieu de l'anneau musculaire du pylore sans communiquer avec la cavité du viscère. Cette tumeur amena des accidents de compression de l'orifice pylorique et des voies biliaires. Les diagnostics successivement posés furent: gastrite chronique avec dilatation de l'estomac, cancer et enfin kyste hydatique du foie. Des ponctions y ont été pratiquées: la première (20 octobre

1879) ramena 950 grammes de liquide gris jaunâtre, d'aspect trouble avec des reflets bilieux, sans crochets; la seconde (25 novembre), 700 grammes de liquide moins épais, mais ayant la coloration de l'extrait de quinquina; la troisième (16 décembre), 800 grammes de liquide un peu moins foncé; la quatrième (7 janvier 1880), 900 centimètres cubes de liquide foncé, brunâtre, hémorrhagique. On tenta d'ouvrir ce kyste par la méthode de Récamier, mais la mort s'en est suivie. M. Rendu conclut « à un kyste hématique formé au voisinage de la petite courbure de l'estomac, dans l'arrière-cavité des épiploons, au sein du tissu conjonctif lâche qui existe en ce point », sans s'expliquer comment un prolongement de la poche s'enfonçait dans l'anneau du pylore. — La succession des phénomènes et le résultat de ponctions pratiquées dans notre cas, ainsi que l'examen de la paroi, nous semblent plutôt indiquer des hémorrhagies secondaires s'étant produites dans un kyste qui leur était antérieur.

M. JALAGUIER rappelle un cas semblable présenté à la Société il y a deux ans par M. Piéchaud.

M. LETULLE dit que M. Rendu a parlé d'un cas analogue à la Société clinique, et que des exemples de la même lésion sont rapportés dans la thèse de Colet, sur les kystes de l'abdomen.

M. CORNIL a examiné un kyste hématique du même genre; il provenait du service de M. Maisonneuve. Il en est question dans le *Manuel d'histologie pathologique*.

25. Uréthro-vaginite chronique. — Cystite secondaire. — Phlegmon de la cavité préperitonéale de Retzius. — Mort. — Autopsie; par Jules PARA, externe des hôpitaux et TUFFIER, interne des hôpitaux.

Eugénie F..., âgée de 31 ans, couturière, entre le 25 janvier 1884 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Cécile, lit n° 1 (service de M. le professeur GUYON).

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Cette femme, ordinairement d'une santé délicate, n'a cependant jamais fait de maladie grave; elle a été réglée pour la première fois à 18 ans et a eu périodiquement ses règles jusqu'en 1881, époque à laquelle elles ont définitivement disparu. Elle raconte qu'en 1878, elle contracta

une vaginite, caractérisée par un abondant écoulement verdâtre et un peu de cuisson pendant la miction. Elle négligea cette affection jusqu'au jour où survinrent des accidents abdominaux et vésicaux.

Il y a six ans, un soir, elle fut mouillée à la suite d'une longue course. Ce soir-là même, elle fut prise de vives douleurs abdominales et de tous les symptômes d'une pelvi-péritonite, sous l'influence de laquelle des phénomènes de cystite, qu'elle présentait depuis quelque temps, s'aggravèrent également. Elle fut portée dans un hôpital et y séjourna pendant plusieurs mois. Pendant le temps de son séjour dans cet hôpital, elle se plaignit surtout de désordres vésicaux, et ce furent surtout ceux-ci qui retinrent l'attention du chirurgien. Elle prit, en effet, force médicaments (de la thérebenthine, du santal, etc.). On lui pratiqua même des lavages intra-vésicaux, mais devant la douleur qu'ils provoquaient, on dut y renoncer. N'obtenant aucune amélioration, la malade quitta l'hôpital; à son départ, on lui remit une ordonnance où nous lisons : « 2^e Jamais ne se laisser appliquer de vésicatoire. » Il est donc probable qu'on avait pensé à une néphrite compliquant les accidents du côté de la vessie. Après un long séjour dans sa famille, à la campagne, elle entre dans le service de M. le professeur Guyon. Elle est maigre, pâle, et ressemble à une phthisique à la dernière période.

Toute la région hypogastrique, depuis le pubis jusqu'à l'ombilic est tuméfiée, douloureuse à la palpation, sonore à la percussion, chaude, sans empatement, ni rougeur de la peau. Le vagin est le siège des altérations les plus profondes; il est comme rétréci et permet difficilement l'introduction du doigt, qui, à peine entré, constate le boursoufflement et la chaleur dont la muqueuse est le siège; en l'introduisant plus profondément, on trouve l'utérus en situation normale, mais complètement immobilisé; entre l'utérus et la face postérieure de la vessie, on constate l'existence d'une petite masse indurée. La malade rend avec les matières fécales une quantité assez notable de pus. Par le toucher rectal, on ne trouve aucune ulcération, aucune fistule. L'examen au spéculum ne permet pas de trouver de lésion. — Elle expulse toutes les demi-heures une petite quantité d'urine, au prix d'efforts violents et douloureux. Elle n'a jamais eu d'hématuries, même peu abondantes. Les urines sont troubles et contiennent un épais dépôt muco-purulent. Le cathétérisme de l'urèthre est douloureux pendant toute sa durée et donne lieu à l'écoulement d'une urine dont les dernières gouttes sont pu-

rulentes; le bas-fond de la vessie est douloureux. On ne sent point, par la palpation abdominale, la sonde introduite dans ce réservoir.

La malade n'a pas d'appétit, vomit constamment. De temps en temps, elle a de la diarrhée fréquente, mais passagère; pas de sueurs nocturnes; quelques poussées fébriles, irrégulières et peu élevées le soir. A l'auscultation des poumons, on ne trouve rien d'anormal. M. Guyon pose le diagnostic *phlegmon périutérin*.

Les choses restèrent en cet état pendant quatre mois. La malade vomissant tout ce qu'elle prenait, souffrant toujours beaucoup, urinant fréquemment, et luttant par des efforts constants contre sa contracture du col. C'est pour lutter contre l'extension de cette cystite aux uretères et aux reins que M. Segond, suppléant M. Guyon, a pratiqué le 11 juillet la dilatation forcée du sphincter vésical. Cette opération n'a donné aucun résultat; il n'y a pas eu d'incontinence. L'état général s'aggrave chaque jour, et cette femme succombe le 5 août.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du cadavre, on trouve une collection purulente, bien limitée, en avant par la paroi postérieure de l'abdomen, au-dessus de la symphyse du pubis et en arrière par la face antérieure de la vessie; on y trouve environ un litre de pus grisâtre, fétide; le tissu conjonctif de la cavité péritonéale est en voie de transformation purulente, aussi bien que la partie interne des muscles droits, qui sont détruits dans une largeur de 3 centimètres et demi. Dans le haut, c'est surtout la gaine, et dans le bas, les muscles, que le pus a minés. Le périoste qui recouvre le pubis et la symphyse est intact. Cette collection purulente ne communique pas avec le péritoine ni avec la cavité du bassin.

La vessie, dont les parois sont légèrement épaissies, est adhérente à sa partie postérieure à l'utérus par quelques brides, faciles à détacher. En l'ouvrant, on trouve environ 200 grammes d'urine mélangée à du muco-pus. Le col vésical, ainsi que le bas-fond, sont tapissés par de petites végétations rougeâtres, nombreuses et pressées les unes contre les autres. Les uretères sont perméables et non dilatés. L'urèthre n'est pas dilaté; sa muqueuse est recouverte de fines granulations, surtout au niveau du col de la vessie.

La muqueuse vaginale est rouge, enflammée, épaissie, et présente des saillies disséminées qui lui donnent un aspect irrégulier, comme chagriné. L'utérus et ses annexes paraissent sains.

Les intestins sont dilatés par des gaz, mais ils ne présentent, ainsi que le péritoine pariétal, aucune lésion ancienne ni récente. La muqueuse rectale est rouge, boursoufflée, non ulcérée, n'offrant aucune communication avec le phlegmon prévésical. Les autres organes sont sains.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est particulièrement intéressante tant au point de vue de la pathogénie et de la marche du phlegmon, qu'au point de vue de la difficulté du diagnostic, à laquelle il a donné lieu.

Les abcès de la cavité de Retzius sont bien connus depuis les thèses de Castenada, de Gérardin et de Bouilly (Paris, 1879 et 1880). Les conditions étiologiques dans lesquelles s'est produit notre cas sont très différentes de celles que l'on voit présider au développement du phlegmon prévésical proprement dit, lequel survient sous l'influence de troubles gastro-intestinaux divers. Chez notre malade, en aucun point il n'existait de perforation faisant communiquer la vessie, le vagin ou le rectum avec le foyer prévésical. C'est donc par une inflammation propagée de la muqueuse vésicale au tissu cellulaire que ce phlegmon s'est produit, sans destruction ni suppuration des parties intermédiaires à la muqueuse et au tissu prévésical. A ce point de vue, cette observation se rapproche des faits de phlegmon de la cavité de Retzius consécutifs à la blennorrhagie et rapportés par Duplay (*Archives générales de médecine*, 1877).

Le diagnostic a été également difficile. Dans ces abcès, on sent généralement, par la paroi abdominale, une fluctuation ou au moins un empatement mat et circonscrit. Dans le cas présent, les gaz, développés dans la cavité, donnaient à la percussion une sonorité remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. Aussi, M. le professeur Guyon différa-t-il une ouverture d'un foyer qui était sonore et non fluctuant, sans changement de coloration de la peau. Certainement, ces symptômes éveillèrent l'idée d'une péritonite enkystée provoquant des adhérences intestinales beaucoup plus tôt que celle d'une tumeur gazeuse prévésicale.

26. M. LENEL fait voir les pièces nécroscopiques d'un enfant de 10 ans, atteint de *pseudo-leucémie ganglionnaire et splénique*.

27. M. LENEL présente un *sarcome pédiculé de la vessie*, trouvé chez un enfant. On avait cru à un calcul.

28. *Coxalgie ancienne. — Absès de l'os iliaque ouvert dans la vessie. — Calcul vésical secondaire. — Lithotritie. — Mort. — Autopsie*; par TUFFIER, interne des hôpitaux, professeur à la Faculté de Médecine.

Chatelain, 45 ans, charretier, entre, le 21 février 1884, à l'hôpital Necker, salle Civiale, n° 4, pour se faire soigner d'une affection vésicale.

C'est un homme robuste, grand et assez bien musclé.

Les accidents qui l'amènent à l'hôpital ont débuté il y a dix mois, sous forme de douleurs rénales, avec irradiations vers les membres inférieurs, douleurs rappelant assez bien celles d'une colique néphrétique subaiguë. Le tout était survenu sans cause, le malade n'ayant jamais eu aucune espèce d'accidents blennorrhagiques ou vésicaux. Ces accès douloureux ne persistèrent que pendant quelques jours; il ne furent point suivis d'hématuries ni de gravelle.

Quatre mois après, les mictions jusqu'alors normales, devinrent plus fréquentes, surtout pendant le jour. Le malade urinait 40 à 50 fois dans la journée et seulement 8 à 10 fois la nuit.

En même temps, les mictions devenaient douloureuses, surtout à la fin. La fatigue ou la marche provoquaient une recrudescence de ces phénomènes. Jamais d'hématurie. Depuis un mois seulement, l'urine laisse déposer un sable fin, blanchâtre; elle est louche et souvent fétide.

En présence de ces accidents, M. Guyon pose le diagnostic « calcul vésical »; mais le professeur fait remarquer que les urines de ce malade décèlent une cystite assez violente, fait rare chez les calculeux. L'exploration fait constater : Urèthre libre, un peu de spasme, au niveau de la région membraneuse. Vessie assez large, calcul de 5 millim. de diamètre. La lithotritie est décidée; mais on prescrit des lavages boriqués et le repos à l'hôpital pendant quelques jours. Sous cette influence, les accidents s'amendent (après dix jours). Les mictions sont peu douloureuses, beaucoup moins fréquentes (15 fois par jour), mais les urines sont toujours laiteuses et laissent déposer du pus.

Le 6 mars, la *lithotritie* est pratiquée. Chloroformisation. Injection de 70 grammes d'eau boriquée dans la vessie. Introduction d'un lithotriteur à mors fenêtrés n° 2. Un

peu de résistance de la portion membraneuse. Vessie spacieuse. M. Guyon saisit d'abord une pierre phosphatique de 3 cent. et demi. Après six prises, il saisit une autre pierre de 6 cent. et la fait éclater au moyen du marteau. 118 prises en 25 minutes; 70 aspirations en 4 minutes. L'opération, en tout, dure trois quarts d'heure.

Dans les 24 heures qui suivent, les mictions sont fréquentes (40 fois) et douloureuses. Le liquide est louche et sanguinolent.

C'est alors que le malade se plaint d'une douleur au niveau de la fesse droite. La région est en effet un peu gonflée et les téguments rouges, sans œdème ni fluctuation. La température monte à 38°,2.

En présence de ces accidents, nous interrogeons notre homme et nous apprenons que depuis une quinzaine de jours, la fesse était un peu douloureuse; souvent, le soir, la marche était gênée, mais cependant le tout était très supportable, et cet homme n'avait pas cru devoir appeler l'attention de ce côté.

En examinant de plus près la région, nous trouvons : 1° A la partie supérieure externe de la cuisse droite, deux cicatrices blanches et profondes; ce sont les vestiges d'une suppuration datant de l'âge de 13 ans, suppuration ayant persisté pendant 7 à 8 mois. 2° Le fémur droit est hypertrophié dans son tiers supérieur; les trochanters sont plus gros et plus saillants que du côté opposé. L'articulation est saine.

Nous pensons alors au réveil d'une vieille affection osseuse, et on prescrit des émollients sur la région douloureuse et des lavages boriqués dans la vessie.

Le lendemain, le malade a moins souffert. Les urines sont toujours sanguinolentes et purulentes; elles contiennent quelques graviers.

La tumeur fessière n'a pas changé; on parvient à y trouver une fluctuation profonde. Par le toucher rectal, on détermine une douleur du côté de l'échancrure sciatique, mais la vessie et la prostate ne sont pas sensibles. La température se maintient autour de 38°.

Le 10 mars, la tuméfaction est beaucoup plus nettement fluctuante; on y perçoit un bruit hydro-aérique très net; la rougeur a disparu, il n'y a point d'œdème, les douleurs ont diminué, si bien que toute intervention active est différée. La cystite purulente et la tuméfaction fessière persistent ainsi jusqu'au 18 mars. Alors, la tumeur pointe vers le milieu de la fesse; elle est plus tendue et plus douloureuse.

En même temps, le malade accuse une douleur dans l'articulation du coude. M. Guyon porte le diagnostic de cystite avec adhérence au petit bassin et pelvi-cellulite consécutive. Une uréthrorrhagie sans cause connue survient pendant la nuit du 20 mars.

Devant ces accidents, M. Guyon juge le débridement nécessaire. Une incision est faite à la partie moyenne de la fesse, les fibres du grand fessier sont coupées, et on arrive sur le moyen fessier, qui est déchiré avec la sonde cannelée. Des gaz fétides s'échappent tout d'abord, puis un liquide séro-purulent ayant une forte odeur fécale. Le doigt, introduit dans la plaie, pénètre dans le petit bassin au-dessous de la grande échancrure sciatique. On place un gros drain. Pansement de Lister. La température monte à 38°,2 le soir.

Le lendemain, la langue est sèche, le malade est abattu. Il n'urine que 120 grammes, mais le pansement est traversé par du liquide ayant une odeur urineuse. Le soir, *uréthrorrhagie* abondante, sans cause connue. L'articulation du coude n'est plus douloureuse. Le gonflement a presque disparu.

Les jours suivants, les bords de la plaie sont sphacelés, les pansements sont traversés par l'urine. Le malade tombe dans le demi-coma; la température reste à 38°,5. La langue devient sèche, fuligineuse, une ophthalmie cachectique atteint l'œil gauche, et cet homme succombe le 28 mars.

AUTOPSIE, 28 heures après la mort. — Le cœur, le poumon, le cerveau sont sains. L'articulation du coude ne contient pas de pus. L'appareil *génito-urinaire* est enlevé avec le bassin tout entier. Les reins et les uretères sont normaux. La dissection permet d'y reconnaître les lésions suivantes :

Lésions extra-pelviennes. — Au niveau de la fesse, l'ouverture chirurgicale conduit sur une large poche creusée au-dessous du grand fessier et communiquant par la grande échancrure sciatique avec une poche plus petite située dans l'excavation pelvienne. Une sonde introduite dans ce diverticule vient butter contre les parois vésicales.

L'articulation coxo-fémorale est ouverte. Elle présente les altérations d'une tumeur blanche ancienne et guérie. Tête fémorale aplatie, déformée, régulière, privée de cartilage. Cavité cotyloïde, non perforée, mais irrégulière, à bords couverts d'ostéophytes, à fond éculé en haut et surmonté d'une végétation osseuse formant là un contre-fort à la tête du fémur.

Lésions intra-pelviennes. — Le péritoine ne présente pas trace d'inflammation. Le tissu cellulaire périvésical est intact en avant et sur la partie latérale droite; mais à gauche, il disparaît, et le doigt est arrêté par une adhérence intime entre les parois vésicales et la paroi osseuse du petit bassin; il est impossible de séparer là ces deux organes.

Pour étudier de plus près ces lésions, il est nécessaire de fendre l'urèthre et la vessie sur la ligne médiane. Le canal est sain. Un petit abcès au-dessous de la région membraneuse.

Dans la vessie, un fragment de calcul phosphatique du volume d'une noisette. Ce calcul, lisse d'un côté, présente sur ses bords des aspérités irrégulières qui prouvent bien son origine: c'est un débris du gros calcul broyé. Sa partie centrale porte l'empreinte d'un corps irrégulier, que la lithotritie a dû faire disparaître. Les parois vésicales présentent leur épaisseur normale; mais sur la partie latérale droite, vers la région moyenne, on trouve une lésion intéressante. A ce niveau, existe une perte de substance de la largeur d'une pièce de 2 francs. La paroi vésicale est remplacée en ce point par l'os iliaque. Les bords de la perte de substance adhèrent presque dans toute leur étendue à la surface quadrilatère de l'os iliaque, si bien que la vessie est presque complètement fermée de ce côté. L'os, dépourvu de périoste et présentant les traces très nettes d'inflammation, fait partie intégrante du réservoir vésical et devait baigner dans l'urine pendant la vie du malade. Le tissu osseux à ce niveau (c'est-à-dire en un point correspondant au fond de la cavité cotyloïde), est rugueux, très vascularisé et très friable. Il présente donc bien les lésions d'une ostéite. A la partie inférieure de la dénudation osseuse, la paroi vésicale n'adhère pas à l'os, mais limite avec celui-ci un orifice qui laisse passer une sonde n° 20. La sonde, introduite dans cet orifice, s'engage dans un canal creusé au milieu du tissu cellulaire du petit bassin et vient sortir dans la poche extra-pelvienne sous-fessière. La vessie communique par là directement avec les foyers de la fesse, et chez cet homme, l'urine contenue dans la vessie devait facilement s'épancher dans ce diverticule sous-fessier.

Plusieurs points de cette observation doivent être mis en lumière.

RÉFLEXIONS. — Les pièces en main, l'histoire du malade peut être reconstituée de la façon suivante: Coxalgie dans

l'enfance. Ostéite de la cavité cotyloïde, adhérences de la surface quadrilatère.

Guérison de la coxalgie. Plus tard, réveil des accidents et abcès ostéopathique de la cavité cotyloïde; ouverture dans la vessie. Cystite secondaire; calcul phosphatique, peut-être développé autour d'une esquille. Migration de l'abcès non seulement dans la vessie, mais dans la fesse, par l'échancrure sciatique, et dès lors, le foyer purulent ne faisant qu'un avec la vessie, l'urine pénètre jusque dans la fesse, le diverticule de l'abcès n'étant pour ainsi dire qu'un diverticule de la vessie. Les choses restent dans cet état un certain temps, puis inflammation de l'abcès fessier, peut-être sous l'influence de traumatisme, ouverture au dehors, septicémie et mort.

L'histoire clinique de ce malade mérite un certain intérêt.

Tout d'abord, la quantité considérable de pus qu'il rendait est un fait rare chez les calculeux, et doit toujours laisser soupçonner quelques lésions accessoires.

De plus cette observation montre qu'il faut, dans ces cas de pyurie, scrupuleusement chercher dans tout le squelette s'il n'existe point de lésions capables de s'évacuer dans la vessie.

Les cas de suppuration osseuse ouverte dans le réservoir vésical sont rares, et nous n'avons pas connaissance d'abcès de l'os iliaque ouvert dans cette cavité et s'étant accompagné de calcul secondaire. C'est pourquoi nous avons exposé ce fait, dont les pièces sont conservées au musée Civiale de l'hôpital Necker.

ELECTION. — M. BOTTEY est nommé membre correspondant.

NOVEMBRE

Séance du 4 novembre 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

1. Eclampsie puerpérale. — Mort et autopsie. — Lésion du rein; par A. MARFAN, interne des hôpitaux.

Une femme de 24 ans, vigoureuse et bien constituée, se présenta le 28 octobre 1884, chez une sage-femme de la rue des Ecoles. Elle était enceinte et c'était sa première grossesse; sa grossesse était à terme et le travail avait commencé. La sage-femme, n'ayant constaté aucun phénomène alarmant, pensant que la parturition s'accomplirait aussi simplement que possible, garda la malade chez elle.

Le 29 octobre, vers 7 heures du matin, la malade a une douleur utérine violente, à la suite de laquelle elle se plaint de malaise. Un instant après, elle est prise d'un accès convulsif à la suite duquel elle reste dans le coma. Ce coma fut bientôt interrompu par un nouvel accès, et, de 7 heures à 9 heures du matin, la malade a eu sept accès. On l'amène à l'hôpital de la Pitié où elle est admise à la salle d'accouchements du Dr AUDHOUI.

Peu de temps après son admission, il nous est donné d'assister à un accès. En voici la description sommaire. La période dite des convulsions d'invasions manque complètement. L'accès commence par la fixité du regard et l'immobilité de la face : la langue est projetée au dehors de la bouche et les mâchoires se rapprochent violemment (on évite la morsure de la langue en plaçant dès le début de l'accès une serviette enroulée entre les arcades dentaires); les avant-bras sont dans la pronation forcée; les poings se ferment et le pouce est fléchi dans la face palmaire. La respiration est suspendue. Cette période de convulsions toniques dure environ dix secondes. Les convulsions toniques sont remplacées par des secousses convul-

sives généralisées, frappant les muscles de la face, du tronc et des membres. La face est cyanosée; au bout de trente secondes environ, cette période cesse et tout fait place au coma avec stertor. D'ailleurs, je ferai remarquer tout de suite que le coma n'a jamais cessé et que depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa mort, la malade n'a jamais repris ses sens.

Dès l'entrée de la malade à l'hôpital, le toucher nous indique que le travail est fort peu avancé; la dilatation du col a les dimensions d'une pièce de 1 franc. Le palper et le toucher sont reconnaître qu'il s'agit d'une position occipito-iliaque gauche antérieure. L'auscultation du fœtus nous fait entendre très nettement les bruits du cœur; le fœtus est donc vivant.

On pratiqua le cathétérisme de la vessie et on put extraire à peine 4 ou 5 grammes d'une urine très foncée, dans laquelle les réactifs coagulants déterminent une coagulation de presque toute la masse liquide; le coagulum est nettement rétractile. Il y a donc albuminurie et un certain degré d'anurie. D'ailleurs, aucune trace d'œdème. Comme traitement, M. Audhoui prescrivit les bains domestiques et des lavements de chloral (à 1 gramme) toutes les heures. Malgré ce traitement, les accès se répètent fréquemment, et, de 9 heures du matin à 8 heures du soir, le coma a été entrecoupé d'une vingtaine d'accès. Température: le matin, 37°,2; le soir, 41°,6. Dans la journée, le travail avait marché, mais lentement; à 8 heures 1/2 du soir, la dilatation avait des dimensions supérieures à une pièce de 5 francs, la tête était engagée dans la cavité pelvienne; nous jugeâmes qu'il était possible de tenter l'extraction du fœtus; nous rompîmes la poche des eaux et nous appliquâmes le forceps; l'enfant fut extrait sans trop de peine. C'était une fille vivante, paraissant bien conformée, qui a présenté le lendemain un peu de paralysie faciale due à l'application du forceps. La délivrance a été naturelle.

L'extraction du fœtus n'a pas semblé améliorer l'état de la parturiente. Sept accès se sont produits dans la nuit, et cela malgré une saignée et l'administration du chloroforme. Le matin du 30 octobre, les accès disparaissent; mais le coma est toujours complet. La température est de 40°. On pratique des injections hypodermiques de pilocarpine; cinq centigrammes de cette substance ont été injectés dans la journée; une sudation abondante sans salivation est survenue. Dans la nuit du 30 au 31 octobre, la malade a succombé. Quant à l'enfant, le second jour après sa nais-

sance, il a présenté de l'œdème des membres inférieurs, de la bouffissure de la face et il a succombé aussi.

AUTOPSIE de la mère. — Le *cerveau* ne présente pas d'autre altération que l'injection des vaisseaux qui sont gorgés de sang noir. Quelques ecchymoses sous-pleurales. A l'ouverture de la cavité abdominale, on peut constater que l'utérus est parfaitement revenu sur lui-même; il dépasse à peine le pubis de 1 centimètre. Il ne présente rien de particulier à noter, sauf un fibrome gros comme une noisette et situé sur la corne gauche et un peu en arrière. Il est très difficile de juger à ce moment si, à une époque quelconque de la grossesse, l'utérus gravide a pu exercer une compression sur les vaisseaux du rein ou sur les uretères. Cependant, voici ce que nous avons pu constater pour l'uretère du côté droit. Pendant qu'on le disséquait jusqu'au niveau de la vessie, l'uretère droit a été coupé par mégarde, et il s'est écoulé alors avec une certaine force quelques grammes d'urine. Nous avons pu constater alors que la partie supérieure de l'uretère droit était un peu dilatée, ainsi que le bassin et les calices du même côté. Nous n'avons constaté rien de semblable du côté gauche. Dans la vessie, on trouve à peine 5 à 6 grammes d'urine.

Examen des reins. Aspect macroscopique. Rein droit. Le rein droit est augmenté de volume. La capsule se détachait facilement. Le rein droit présente en deux points des traces d'une lobulation assez profonde. A la coupe, la substance corticale paraît épaissie; la substance médullaire ne paraît pas altérée. Mais l'altération macroscopique la plus remarquable est la suivante: à la partie supérieure, dans le dernier lobe du rein, et à l'union de la substance médullaire avec la substance corticale, il existe une cavité du volume d'une aveline, cavité cloisonnée légèrement par des tractus de tissu rénal, et remplie de sang. Cette cavité n'est pas la seule, il en existe en d'autres points, beaucoup plus petites; elles sont situées aussi à l'union de la substance corticale et de la substance médullaire. Les unes sont remplies de sang, les autres renferment un liquide puriforme. *Rein gauche.* Le rein gauche, un peu moins volumineux que le rein droit, présente les mêmes altérations, mais à un degré moindre; on y voit aussi des cavités très petites, situées à l'union de la substance corticale et de la substance médullaire; ces cavités sont remplies, les unes par du sang, les autres par du liquide puriforme. Pas de pyélite.

Examen microscopique des reins. — Les coupes sont

pratiquées sur des fragments de reins durcis par la gomme et l'alcool ; elles sont colorées au picro-carmin. Voici ce qu'on observe sous le microscope ; l'épithélium sécréteur du rein semble plus petit que d'habitude ; il est comme aplati ; en un mot, il paraît frappé d'atrophie simple sans altérations proprement dites et en particulier sans dégénérescence graisseuse. Le tissu conjonctif paraît peu altéré ; à peine quelques traces de prolifération autour des canalicules urinifères et autour des artères. Ces dernières ne paraissent pas très dilatées ; sur une des coupes, la lumière d'un vaisseau artériel apparaît nettement remplie par une substance homogène, de coloration rouge verdâtre, qui était peut-être de l'hématine dissoute et en voie de transformation. Nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas là une particularité qui pût nous expliquer le mode de formation des cavités décrites plus haut. Mais tel n'a pas été l'avis de M. Brault, qui a vu nos préparations ; en définitive, le mode de formation de ces cavités reste assez difficile à expliquer.

AUTOPSIE du fœtus. — Rien dans l'autopsie n'a pu nous expliquer la mort : il nous semble nécessaire d'admettre que le fœtus est mort intoxiqué par le sang vicié qu'il recevait du placenta maternel.

RÉFLEXIONS. — A propos de cette observation je ferai les remarques suivantes : I. Comme d'habitude, l'éclampsie a frappé une primipare. Chez notre malade, les accidents éclamptiques et la mort qui les a suivis nous semblent imputables bien plus à l'insuffisance de l'excrétion urinaire, à l'anurie en un mot, qu'à l'albuminurie elle-même. L'albuminurie, que nous avons fréquemment constatée chez les femmes enceintes et en travail, nous a paru n'avoir aucune gravité si l'excrétion urinaire est suffisante, c'est-à-dire si la malade rend de 1500 gr. à 2000 gr. d'urine tous les jours. Dès que l'excrétion urinaire s'abaisse au-dessous de ce chiffre, les accidents sont à craindre et le pronostic est très grave. Nous ajouterons qu'un signe qui annonce presque certainement la mort en cas d'éclampsie, est la persistance du coma dans l'intervalle des accès. L'excellence de ce signe, indiqué par la plupart des accoucheurs, est malheureusement prouvée par notre observation. II. Quant au mode de production des lésions rénales que nous avons observées, atrophie avec aplatissement de

l'épithélium sécréteur, et sclérose très légère, nous avons une grande tendance à faire intervenir la compression des uretères. Ce que nous avons observé du côté de l'uretère droit semble prouver que cette compression était bien réelle. D'ailleurs les lésions observées ne sont guère différentes de celles que provoque chez les animaux la ligature expérimentale de l'uretère.

M. BRAULT fait remarquer que les lésions du rein le plus malade le rapprochent de celles que l'on observe dans les compressions de l'uretère. Il rappelle qu'il a examiné les reins d'une femme morte d'éclampsie puerpérale chez laquelle la compression des uretères par l'utérus gravide était considérable. Les deux uretères étaient dilatés. Le droit était plus gros que le petit doigt. Comparant cette observation au cas présenté par M. Marfan, et à un autre dû à M. Chantemesse, il pense que l'éclampsie puerpérale était due dans ces différents cas non à une véritable néphrite, infectieuse ou autre, mais à l'anurie résultant de l'oblitération mécanique des uretères.

2. M. DEMOULIN fait voir des corps étrangers du péritoine.

3. Phlébite puerpérale infectieuse; par M. TISSIER,
interne des hôpitaux.

La nommée Mauger, âgée de 21 ans, entre le 2 octobre à l'hôpital Lariboisière (service de M. PINARD) pour accoucher. Le lendemain elle expulse un fœtus de sept mois environ mort depuis quelques jours. La délivrance est complète. L'accouchée était déjà malade avant de venir à l'hôpital; mais, dans les jours qui suivirent l'accouchement, son état empira assez pour qu'on dût la faire passer dans une salle voisine appartenant à M. Siredey. Là elle demeura près de cinq semaines présentant des alternatives d'aggravation et d'amélioration, puis enfin mourut le 4 novembre.

Les premiers jours il y eut, soir et matin, une fièvre intense faisant monter le thermomètre aux environs de 40°. Par le vagin il s'écoulait une sanie purulente infecte qui venait de l'intérieur de l'utérus. La vulve, rouge, enflammée, était le siège d'un boursoufflement énorme et d'ulcérations superficielles de vulvite. Par le toucher, on arrivait sur le col déchiré, induré, qui donnait au doigt la sensation d'un utérus épithéliomateux.

Mais le ventre restait absolument souple et endolori; la malade ne souffrait de nulle part et ne se plaignait de rien. On fit des injections intra-utérines et vaginales répétées pendant dix jours environ jusqu'à ce que l'écoulement purulent fût tari. En même temps, toniques de toutes sortes. Peu à peu, vers la deuxième semaine, la température baisse pour se relever vers le soir tous les trois ou quatre jours. Avec les poussées hyperthermiques apparaissent des frissons violents et prolongés durant une heure à deux, secouant sans répit la malade. On sent en même temps une tuméfaction vague dans la fosse iliaque droite; les traits s'altèrent; les conjonctives et le fond de la peau revêtent une teinte subictérique. Dès ce moment, M. Siredey annonça l'existence d'une phlébite péri-utérine mortelle. En dehors des jours de frissons, l'état paraissait rassurant; la peau était bonne; la malade sans crainte se trouvait bien et parlait de la guérison prochaine; le ventre était aplati et dépressible. Les exacerbations fébriles ne revenaient guère que tous les trois jours et ne duraient pas plus de quelques heures sans que le sulfate de quinine pût en rien enrayer leur retour.

Vers le 26 octobre, la malade se plaignit d'oppression et à l'examen on constata de la matité et du souffle à la base gauche de la poitrine. Dans les premiers jours de novembre le ventre se distendit, perdit sa sonorité et la malade ne tarda pas à succomber avec les signes d'une péritonite ultime le 4 novembre.

AUTOPSIE: léger épanchement dans la plèvre gauche et foyers apoplectiques du lobe inférieur pulmonaire du même côté avec du pus dans les artérioles conduisant à ces foyers. Dans l'abdomen, épanchement purulent péritonique abondant avec un gros foie, et une grosse rate sans infarctus. Les reins, adhérents à la capsule, gris-blanchâtre dans la portion de l'écorce, présentent les caractères de la néphrite parenchymateuse commune dans l'infection puerpérale.

L'*utérus*, presque entièrement revenu à ses dimensions normales, a sa cavité vide, mais tapissée d'une muqueuse gris-noirâtre sanieuse. Sur les côtés de l'utérus on ne peut trouver de lymphatiques remplis de pus; mais la veine utérine du côté droit est remplie d'une masse purulente putrilagineuse rougeâtre, oblitérant la lumière du canal; et ces lésions de phlébite se poursuivent jusqu'à l'embouchure de la veine utérine dans l'hypogastrique. On en trouve encore quelques traces dans le trajet de la veine

hypogastrique à la veine iliaque primitive. Du côté droit, la veine utéro-ovarienne, moins malade que la veine utérine, n'est pas indemne : ses parois sont épaissies et quelques caillots contenus dans son intérieur ont un aspect demi-purulent. La thrombose n'est pas cependant complète. A l'embouchure de cette veine utéro-ovarienne dans la veine rénale droite (par anomalie) on a noté la présence d'un volumineux caillot ramolli, manifestement purulent, s'étendant quelque peu vers la droite du côté du rein, mais surtout remontant dans la veine cave dont il emplit presque toute la lumière. Rien dans le cerveau ni dans les autres viscères.

M. CORNIL fait remarquer qu'il n'y a rien de bien surprenant à ce que la veine utéro-ovarienne paraissant saine, il y ait un caillot au niveau de son embouchure dans la veine rénale. Il y a dans ces conditions, transport de micro-organismes qui, emportés par le courant sanguin, vont se fixer au loin.

4. Néphrite interstitielle.—Ulcère de l'estomac, péritonite perforation ; par M. AYROLLES, interne du service.

Le 17 octobre 1884 est entré à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, n° 27 (service de M. Millard), un homme âgé de 36 ans, exerçant la profession de cocher. N'ayant jamais eu de maladies graves et d'une bonne santé habituelle, notre malade accuse une blennorrhagie à l'âge de 20 ans. Pas d'autres antécédents vénériens avoués. Pas d'alcoolisme. Son affection actuelle a débuté il y a quinze mois par de la faiblesse, de la perte d'appétit. La digestion est plus difficile, mais cependant sans douleurs après les repas. La dyspepsie se traduit surtout par de la pesanteur au creux épigastrique. A ce moment, son médecin constate la présence d'albumine dans les urines. Traitement : régime lacté. L'affection s'améliore peu à peu, et il passe six mois dans un état de santé satisfaisant.

Le 1^{er} octobre, rechute ; les urines deviennent abondantes, claires, peu colorées, mousseuses ; besoins fréquents d'uriner, surtout la nuit ; le malade est obligé de se lever plusieurs fois pour uriner. Il a six à sept mictions par jour. Constipation opiniâtre, pas de douleur vive au creux épigastrique, mais points douloureux dans l'hypochondre gauche et à l'épaule du même côté. Ce sont ces douleurs qui préoccupent le plus le malade. Pas de vomis-

sements, pas de dilatation de l'estomac. Sa vue a été très troublée; affaiblissement, obnubilations; ces phénomènes se sont légèrement amendés depuis quelque temps. Il y a seize mois, au début, il a eu de l'œdème des jambes, qui persistait encore un peu il y a six semaines. Rien actuellement, pas d'oppression marquée.

A l'entrée, les douleurs persistent; un peu de douleur à la pression au creux épigastrique, mais moindre que celle de l'épaule et de l'hypochondre. Pas de tuméfaction appréciable dans la région sus-ombilicale. Eructations sans odeur ni goût spécial. La bouche n'est pas amère; pas de nausées, ni de vomissements. Le facies est pâle; les téguments, décolorés, n'ont pas cependant la teinte jaune paille; amaigrissement très considérable, perte des forces. Urines claires très abondantes, peu chargées de sels, contiennent des traces d'albumine. — Constipation. Un peu d'athérome des artères radiales; rien au cœur; pas d'hypertrophie exagérée.

19 octobre. Dans la nuit, le malade est pris subitement d'envie de vomir et rend sans efforts deux gorgées de sang rouge, mélangé à un peu de liquide venu de l'estomac; pas d'efforts de toux. Le fait ne s'est pas reproduit depuis ce matin. Hier, le malade dit avoir rendu une selle noirâtre, mais elle n'a pas été gardée, de sorte qu'on ne peut s'assurer si c'était bien réellement du mélæna.

23 octobre. Rien de particulier ne se manifeste; les urines contiennent peut-être un peu plus d'albumine; les douleurs restent stationnaires. — Régime lacté.

27 octobre. Le malade a de la fièvre, la bouche est mauvaise, la douleur de côté est plus vive, l'appétit est conservé, la langue nette, pas de vomissements, constipation, rien dans la poitrine. L'albumine est très abondante dans les urines et forme avec l'acide nitrique un précipité blanc caillibotté beaucoup plus considérable que les jours précédents. Pas d'œdèmes, céphalalgie violente.

30 octobre. La fièvre est vive et se maintient entre 39° le matin et 39°,5 le soir. Pouls plus fréquent, 112. Garde-robe abondante après une constipation de quatre jours. Pas de vomissements ni de nausées; les urines ont diminué subitement de quantité, elles sont troubles, sales, analogues à du vieux bouillon; langue sèche, soif vive, céphalalgie intense, rien à la poitrine, douleur vive dans le ventre et les reins; l'abdomen n'est pas très ballonné; albumine en très grande quantité.

31 octobre. Pouls, 116. Température, 39° le matin. Affaiblissement; facies altéré.

1^{er} novembre. Peu d'urine : 200 grammes dans les 24 heures. Le malade est somnolent; il faut l'exciter fortement pour le faire répondre.

2 novembre. Refroidissement. Depuis hier soir, râles nombreux dans les deux poumons; stertor, pâleur extrême, coma; urines peu abondantes (200 grammes environ), très albumineuses. — Mort dans la nuit.

AUTOPSIE. — Le ventre n'est pas ballonné et ne présente rien de spécial. A l'ouverture, on trouve autour de l'intestin environ 200 grammes de liquide purulent; dans le petit bassin, un peu de liquide séro-purulent, mélangé de quelques fausses membranes adhérentes aux parois du petit bassin. — La vessie est vide complètement, rétractée. — L'intestin grêle, distendu par des gaz, présente en divers points de sa surface une coloration rosée, déterminée par de nombreuses arborisations vasculaires, se bornant en certains points à un simple piqueté rouge, formant ailleurs des plaques. Les mêmes arborisations se retrouvent à droite sur le péritoine pariétal. Rien à gauche, ni dans le petit bassin. Pas d'adhérences, même celluleuses, entre les anses intestinales. Le méso-côlon transverse est fortement injecté. Adhérence du foie avec l'estomac au niveau du pyllore. — L'estomac, ouvert par son bord convexe, est légèrement distendu; le pyllore est intact, ainsi que l'œsophage et le cardia. Sur la petite courbure, entre les deux orifices, on voit une vaste ulcération ovalaire de 10 centimètres environ de long sur 3 de large, envahissant les faces antérieure et postérieure, et aussi le bord supérieur de l'estomac; bords nets, taillés par assises, c'est-à-dire plus larges sur la muqueuse que sur les autres tuniques. Sur le bord qui répond au côté du grand cul-de-sac, il y a des boursouflures et une sorte de végétation de la muqueuse qui ne permet pas de voir la limite nette et tranchée comme du côté opposé. Cette ulcération repose sur une masse indurée, formée par le foie, le pancréas et les ganglions situés derrière l'estomac. Ceux-ci ne paraissent pas développés. L'ulcération est surtout profonde au niveau de l'adhérence du foie; on trouve là une perforation des tuniques, qui fait communiquer la cavité stomacale avec le péritoine. Pas d'inflammation plus marquée à ce niveau.

Les reins sont très volumineux, décolorés; la capsule est très adhérente et détache avec elle des lambeaux de substance corticale. Celle-ci est décolorée, jaunâtre et paraît diminuée d'épaisseur. On constate quelques arborisations vasculaires dans la substance corticale, sous la cap-

sule. Le rein droit pèse 175 grammes; le gauche, 170. Petit kyste du rein droit.

Le foie est très volumineux, il pèse 2,125 grammes; les veines sus-hépatiques sont dilatées et distendues de sang. Coupe pâle, un peu grasseuse; pas de périhépatite. Poumons décolorés, emphysémateux; pas de signes d'inflammation aiguë ou chronique.

Cœur du volume du poing d'un adulte, rétracté; caillots cruoriques et fibrineux dans le ventricule droit; rien dans le ventricule gauche, qui est complètement revenu sur lui-même. Orifice aortique suffisant; les valvules sont souples; pas d'athérome; les parois du ventricule, à 2 centimètres au-dessus de la pointe, ont 2 cent. et demi d'épaisseur; rien à la valvule mitrale.

Au microscope, les reins présentent des lésions très étendues de néphrite interstitielle; la capsule est très épaissie, et surtout au voisinage de celle-ci, on trouve de grands îlots du labyrinthe envahis par le tissu conjonctif.

L'estomac, au niveau des bords de l'ulcère, présente des signes d'inflammation sous-muqueuse; augmentation du tissu conjonctif, surtout autour des vaisseaux artériels; les lymphatiques sont dilatés et remplis de cellules.

RÉFLEXIONS. — L'absence de vomissements, jusqu'à la fin de la maladie, et le peu de douleurs épigastriques sont remarquables chez un malade atteint d'ulcère de l'estomac. La péritonite n'a été révélée que par la fièvre et a passé inaperçue jusqu'à l'autopsie, les phénomènes fébriles ayant été rapportés, en l'absence de nausées et de vomissements, à une recrudescence de l'inflammation des reins.

5. M. MÉTAXAS fait voir un *volumineux sarcome du corps thyroïde*.

6. M. HARTMANN présente un cas de *carie du rocher*. Le malade est mort avec des accidents pyohémiques. Il existait dans le poumon des abcès métastatiques. Le sinus pétreux est rempli par un thrombus en rapport avec une petite perforation du rocher à ce niveau. Il y a du pus dans ce caillot. On n'a pas trouvé trace de méningite suppurée.

7. M. DE MOLÈNES fait voir un *estomac fortement dilaté*, à parois épaissies. Un *calcul biliaire enchatonné* existe au niveau de l'ampoule de Vater. Il paraît y avoir eu rupture

de la vésicule, et production consécutive d'une masse pseudo-membraneuse, adhérente au duodénum au niveau de la terminaison du canal cholédoque.

8. Plaies pénétrantes de poitrine. — Hémothorax. — Mal de Bright. — Albuminurie intermittente. — Pleurésie diaphragmatique; par M. Paul RAYMOND, interne des hôpitaux.

Le nommé C..., âgé de 54 ans, fruitier, entre à l'Hôtel-Dieu le 5 octobre 1884, dans le service de M. le professeur RICHET. Cet homme, alcoolique, syphilitique et paludéen, s'est donné dans une tentative de suicide, cinq coups de couteau dans la région précordiale. De ces cinq plaies, deux, ainsi que le montra l'autopsie, étaient pénétrantes et siégeaient : l'une dans le 5^e espace, l'autre dans le 6^e. Les autres étaient situées au-dessus et en dedans du mamelon.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, on put constater de la submatité à la base du poumon gauche et un léger souffle. Ces symptômes s'accrochèrent le lendemain : la matité occupait la moitié inférieure du poumon gauche; en même temps, on pouvait entendre de l'égophonie. Le malade n'avait pas de fièvre, ne ressentait aucune douleur de côté. Il souffrait seulement lorsqu'on pressait sur ses plaies et présentait un peu de dyspnée.

On diagnostiqua un hémothorax. Du côté du cœur, les bruits étant très assourdis, la matité précordiale un peu augmentée, on put croire que le péricarde était intéressé. Le pouls était faible, dépressible, mais régulier. Les jours suivants, il s'écoula de la plaie du 5^e espace une sérosité citrine en assez grande quantité; des autres plaies un peu de pus; puis ces plaies se cicatrisèrent vers le 12^e jour. L'examen des urines, fait le premier jour, ne révéla aucune trace de sucre ni d'albumine.

Le 12 octobre on constata que l'épanchement pleural avait notablement diminué, mais en même temps était apparue à la région lombaire une vaste ecchymose qui contourna un peu du côté gauche la base du thorax, et s'arrêtait nettement à la colonne vertébrale; on avait donc affaire à l'ecchymose de Valentin qui confirmait le diagnostic; elle disparut vers le 20 octobre.

Sur ces entrefaites, la dyspnée augmentait d'intensité. Au poumon droit, on entendait des râles sibilants et muqueux; ces mêmes râles existaient dans la partie du poumon gauche restée libre; dans la moitié inférieure de ce côté, il y avait encore de la matité.

Le 16 octobre le bras gauche du malade fut envahi par un œdème douloureux, puis, deux jours après, le bras droit fut pris à son tour; des deux côtés, il y avait des rougeurs érythémateuses entées sur l'œdème. Un deuxième examen des urines montra qu'il n'y avait pas d'albumine. Bientôt apparut un œdème de la face et de la paroi thoracique, sans que le gonflement se montrât aux membres inférieurs.

Le 22 octobre au soir, le malade fut pris d'accidents cérébraux : céphalalgie, délire, fièvre : sous l'influence d'un traitement dérivatif, ces accidents cessèrent, mais ils se reproduisirent quelques jours après.

Le 25 octobre, C..., accusa une douleur à la base du thorax, du côté gauche; de ce côté, la paroi thoracique se soulevait moins facilement. En outre, la pression exercée sur un point situé à quelques centimètres du bord gauche du sternum, au niveau des cartilages des 7^e et 8^e côtes, produisait une vive douleur. La dyspnée augmenta encore; le visage était violacé et refroidi : le pouls petit, devint irrégulier; le délire persistait toute la nuit; le malade s'affaiblissait.

M. le professeur SÉE qui voulut bien venir le voir, écarta toute idée d'épanchement dans le péricarde et diagnostiqua une dégénérescence graisseuse du cœur survenue chez un brightique, la lésion cardiaque ayant subi dans sa marche une impulsion sous l'influence du traumatisme. Les urines examinées donnèrent un abondant précipité d'albumine. Le malade finit par succomber le 6 novembre.

AUTOPSIE. — L'autopsie fut faite par M. le professeur CORNIL. — On trouve que deux plaies ont été pénétrantes; celles des espaces indiqués; les autres ont seulement atteint le tissu cellulaire sous-cutané où l'on voit des ecchymoses rougeâtres et indurées. De la plèvre gauche s'écoule environ un litre et demi d'un liquide rougeâtre. Il y a des adhérences surtout abondantes au niveau de la plèvre diaphragmatique. Le péricarde n'a pas été atteint; il contient environ une cuillerée à soupe de sérosité citrine et transparente. Le cœur est volumineux, hypertrophié; le myocarde est pâle et comme dégénéré. Le poumon droit présente des lésions de bronchite. Le gauche atelectasié dans son lobe inférieur, adhère à la paroi thoracique au devant du cœur. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une petite quantité de liquide ascitique. Le foie pèse 2250 grammes et présente au microscope les lésions de la cirrhose atrophique. La rate, volumineuse, offre tous les

caractères de la rate palustre. Les reins sont gros et présentent à la coupe des signes de néphrite parenchymateuse. Au microscope, on constate cette lésion et un début de néphrite interstitielle.

RÉFLEXIONS. — Cette observation a paru intéressante non seulement par le fait même des accidents immédiats occasionnés par deux plaies pénétrantes de poitrine, mais encore par les phénomènes consécutifs : albuminurie intermittente chez un brightique, pleurésie diaphragmatique. En outre, quelque étendues que fussent les lésions des principaux organes de ce malade, le traumatisme a vraisemblablement hâté la mort en imprimant à la lésion du cœur une marche rapide qui devait amener une terminaison promptement fatale, surtout si l'on tient compte de l'épanchement que l'autopsie permit de constater dans la plèvre.

9. Névromes cicatriciels du plexus brachial, fracture double du bassin, contusion cérébrale. — Asymétrie crânienne ; par M. G. LANCRY, interne des hôpitaux.

Jean Dumaset, 36 ans, est mort à l'hospice de Bicêtre, le 8 octobre 1884 (service de M. BERGER).

C'était un ancien chauffeur de machine à vapeur qui, à la suite d'un violent traumatisme, subit la désarticulation de l'épaule droite, il y a six ans environ. Deux ans après cette opération il fut soigné par M. Bourneville pour des troubles intellectuels, notamment pour du délire de persécution. Rien ne permit d'établir le diagnostic d'épilepsie.

Ces temps derniers, depuis trois mois environ, le malade fut agité et délirait. C'est sous l'influence de ces accidents cérébraux qu'il se jeta de la fenêtre d'un deuxième étage, qu'il se fit des lésions multiples pour lesquelles il entra dans le service de M. Berger. Deux jours après son entrée le blessé succombait. L'autopsie montre des lésions diverses dont les plus importantes sont les suivantes :

1. Foyers multiples de contusion périphérique de l'encéphale avec un foyer central. — Pas de fracture du crâne. Rien dans la cavité arachnoidienne. La surface de la pie-mère et les vaisseaux sont fortement injectés. Hémisphère gauche. Petits foyers de contusions multiples à la face inférieure du lobe sphénoïdal. Un foyer plus volumineux au niveau du gyrus fornicatus et trois ou

quatre plus petits sur le bord supérieur de l'hémisphère. État pigmenté très marqué du corps calleux. Il existe un foyer de contusion centrale renfermant du sang sur la corne d'Ammon. *Hémisphère droit.* Foyer superficiel de contusion étendu et pénétrant profondément à la partie postérieure du lobe occipital. *Pédoncule cérébelleux supérieur gauche* : Petit foyer de contusion.

II. *Asymétrie crânienne coïncidant avec soudure de la dernière lombaire au sacrum.* — Asymétrie crânienne due principalement à l'obliquité différente des axes obliques en dedans et en avant des rochers, à l'inégalité des fosses cérébelleuses et à la présence d'une exostose grosse comme un petit haricot (quand recouverte de périoste) située à gauche sur le côté du trou occipital dans l'intérieur du crâne. La dernière lombaire est soudée au sacrum par le corps, les apophyses articulaires et les lames vertébrales, l'apophyse épineuse de la dernière lombaire est remarquable en ce qu'elle est formée de deux segments non réunis, qu'elle présente par conséquent un spina bifida.

III. *Fractures des côtes droites, déchirure de la plèvre pariétale sans pneumothorax.* — En enlevant les parties molles au niveau des côtes fracturées, parties molles au niveau desquelles existait sur le vivant un emphysème sous-cutané très manifeste, il s'écoule une abondante sérosité qui vient de la plèvre. Il y a fracture oblique de la deuxième côte, fracture de la troisième côte avec fort chevauchement. Cette fracture a intéressé la plèvre pariétale à laquelle elle a fait une solution de continuité; fracture transversale de la quatrième et de la cinquième côte : les fragments sont maintenus en place par le périoste; fracture incomplète de la sixième côte portant sur la table externe. Un peu de sérosité sanguinolente reste dans la plaie. Pas d'air dans la cavité pleurale. Le poumon droit n'est pas rétracté, il est fortement congestionné. Le poumon gauche est également congestionné. L'insufflation sous l'eau du poumon droit ne fait pas sortir d'air à travers ses parois.

IV. *Fracture double du bassin à droite.* — Fracture comminutive de la branche horizontale du pubis à un centimètre en dehors de l'épine pubienne; fracture de la branche ascendante de l'ischion. Fracture comminutive de l'os iliaque séparant en quatre fragments la partie postérieure de cet os. *À gauche.* Fracture en trois segments de la branche horizontale du pubis, le segment intermédiaire ayant un centimètre de long. Fracture de la branche ascendante de l'ischion.

V. *Désarticulation de l'épaule.* La dissection de cette pièce montre comme particularités intéressantes : la terminaison par renflements névromatiques de tous les nerfs du plexus brachial ; tous ces névromes formés au même niveau et soudés ensemble simulent une botted'oignons ; il est à noter que la cicatrice était douloureuse ; — l'atrophie de la cavité glénoïde dont le rebord est émoussé et dont la surface paraît plus petite que de juste ; cette cavité est recouverte de tissu fibro-élastique qui remplace le cartilage ; — les adhérences fibreuses étendues de la cavité glénoïde, du ligament acromio-coracoïdien à la peau et au paquet de névromes.

M. BERGER met en relief les traits de cette observation, intéressante à des titres bien différents.

1° L'adhérence à la cicatrice des névromes terminaux des nerfs du plexus brachial montre qu'il faut sectionner ces nerfs assez haut pour éviter cette disposition défavorable. On eût pu croire que cette adhérence, les tiraillements et les douleurs qu'elle provoquait, étaient la cause des troubles mentaux observés chez le malade. Il vaut mieux sans doute les rapprocher de l'asymétrie si prononcée de la base du crâne. 2° Il existait, non pas une fracture double verticale du bassin, comme on aurait pu le croire, mais une fracture du pubis et une fracture comminutive par enfoncement de l'ilion. 3° Il y avait des fractures de côtes multiples. Il s'était fait une déchirure de la plèvre avec épanchement sanguin, hémithorax et ecchymose de Valentin, sans pneumothorax. 4° Les lésions produites par la contusion cérébrale consistaient en des points hémorragiques miliaires disséminés à la surface du cerveau, dans les centres opto-striés, dans le corps calleux, etc. Une hémorragie en foyer s'était produite dans l'un des lobes occipitaux. Les petites déchirures hémorragiques signalées par Duret dans le mésocéphale ne se rencontraient pas sur le bulbe lui-même, mais sur les pédoncules cérébelleux. 5° Il n'existait pas de fracture verticale du frontal, et cependant, il y avait l'ecchymose sous-conjonctivale décrite par Félizet.

10. M. DARRIER présente une *péricardite tuberculeuse*, avec symphyse cardiaque.

11. M. CHANTEMESSE lit un rapport sur la candidature de M. Ettinger au titre de membre correspondant.

M. KAURIN, médecin en chef de l'hôpital des Spédalsques, de Molde (Norvège), est nommé membre correspondant.

Séance du 21 novembre 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

12. Rapport sur le prix Godard ; par A. CHAUFFARD,
(Novembre 1884).

Messieurs, dans une de ses dernières séances, la Société avait chargé une commission, composée de MM. Quinquaud, Quenu, Letulle, Brissaud et Chauffard, de lui présenter un rapport sur les mémoires envoyés pour le concours du prix Godard. C'est ce rapport que j'ai l'honneur, au nom de la commission, de déposer aujourd'hui.

Les mémoires qui ont été envoyés à la Société sont au nombre de deux, tous deux afférents à la pathologie nerveuse, et présentant l'un et l'autre grand intérêt et réelle valeur. Laissez-moi vous en signaler rapidement les points principaux.

M. CHANTEMESSE, interne, médaille d'or des hôpitaux, a consacré le travail qu'il nous envoie, c'est-à-dire sa thèse inaugurale, à l'étude de la *méningite tuberculeuse de l'adulte*. Vous savez déjà quel parti il a su en tirer, soit au point de vue clinique, soit au point de vue de l'histologie pathologique. Description des types si variés de la méningite tuberculeuse de l'adulte, formes initiales du délire, symptômes anormaux dus à la localisation corticale ou spinale des lésions, je ne fais que rappeler ces différents points, car tous déjà nous avons lu et connaissons le travail de M. Chantemesse. Les nombreuses observations qui y sont jointes, les recherches et les planches histologiques qui l'accompagnent, achèvent d'en montrer toute la valeur.

Le second mémoire qu'a eu à examiner votre commission est dû à la collaboration de MM. FENDRASSIK et MARIE. Il est consacré à l'*atrophie cérébrale par sclérose lobaire*, et a pour base l'étude de deux cas personnels, dans les-

quels les auteurs ont pu faire l'examen microscopique des centres nerveux. La description des lésions histologiques forme la partie vraiment originale et personnelle du travail, car, d'après les auteurs, l'étude au microscope de l'atrophie cérébrale par sclérose lobaire n'aurait jamais été faite jusqu'à présent. Les résultats obtenus dans l'un et l'autre cas permettent de reconnaître l'existence de lésions périvasculaires très accentuées, avec prolifération de la névroglie dans le voisinage des vaisseaux, et présence de nombreux corps granuleux; les fibres nerveuses ne sont altérées que consécutivement. Je passe sur les chapitres moins neufs consacrés à la symptomatologie et au diagnostic, pour arriver à la partie étiologique du mémoire. Les auteurs font observer que, dans les deux cas observés par eux, l'affection s'est développée dans le cours de maladies infectieuses : rougeole, vaccine, peut-être syphilis, et, rapprochant ce fait des données fournies par l'anatomie pathologique sur l'origine périvasculaire des lésions, MM. Fendrassik et Marie se demandent s'il n'y aurait pas lieu de considérer l'hémiplégie infantile comme consécutive à une maladie infectieuse, ainsi que cela semble démontré pour la paralysie spinale infantile, et même pour la plupart des cas d'hémiplégie des adultes au-dessous de 40 ans. Des dessins histologiques et de nombreuses photographies d'après nature accompagnent ce mémoire encore inédit, et fait avec toute l'érudition et la rigueur scientifique qui caractérisent les travaux de l'école de la Salpêtrière.

Vous le voyez, Messieurs, les deux mémoires envoyés à la Société pouvaient lutter à armes égales, et votre commission aurait eu à faire un choix bien difficile, si nous ne nous étions trouvés en présence de richesses exceptionnelles, dues à ce que depuis quatre ans le prix Godard n'avait pas été décerné. Nous pouvions donc disposer cette année de deux prix Godard à la fois, et cela sans escompter l'avenir, puisqu'en 1885 la Société pourra de nouveau disposer d'un même prix.

Dans ces conditions, votre commission a jugé que les deux mémoires envoyés étaient pleinement dignes d'être couronnés, et que, puisque, par une circonstance exceptionnelle, nous pouvions le faire régulièrement, nous devions ne pas hésiter à décerner les deux prix Godard échus. Nous vous proposons donc d'attribuer, au même titre, ces deux prix, aux mémoires de M. Chantemesse d'une part, de MM. Fendrassik et Marie d'autre part.

13. Ovarite suppurée. — Abscès enkysté de l'ovaire gauche. — Pelvi-péritonite purulente circonscrite en arrière du ligament large droit. — Tuberculose pulmonaire au début. — Mort subite; par le D^r Maurice LETULLE, médecin des hôpitaux.

Les pièces anatomiques que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux, proviennent d'une malade morte le 24 juillet dans le service du D^r MOUTARD-MARTIN, que je remplace à l'Hôtel-Dieu.

Cette femme, âgée de 38 ans, souffrait depuis huit jours de coliques violentes, de diarrhée, de vomissements et de céphalalgie, lorsqu'elle entra salle Sainte-Monique, le 18 juillet. On la trouva dans l'état suivant : langue sèche, nausées, diarrhée abondante. Le pouls est petit et fréquent (120). T. A. 38°,6. L'abdomen, légèrement ballonné, est surtout douloureux dans les régions épigastriques et hypochondriques. L'examen de la poitrine donnait des renseignements qui nous parurent importants : signes incontestables de tuberculose pulmonaire localisée aux deux sommets et confinant au début de la deuxième période (craquements secs). Lorsqu'il s'agit d'interpréter l'ensemble des symptômes offerts par la malade, nous rejetâmes l'hypothèse d'une fièvre continue et, rien n'attirant notre attention du côté des organes génitaux, nous penchâmes vers le diagnostic de poussée tuberculeuse péritonéale probable chez une femme atteinte de phthisie pulmonaire au début.

Je passe sur les détails cliniques qui n'offrent qu'un médiocre intérêt et qui ne modifièrent pas du reste l'aspect général de la malade pendant les cinq jours qu'elle passa dans notre service (1), et j'arrive au fait suivant : Le cinquième jour, à sept heures et demie du matin, la malade venait de se plaindre, en se réveillant, d'une envie de vomir, lorsqu'on s'aperçut qu'elle était morte.

(1) La courbe thermométrique a été recueillie avec soin. Elle est remarquable par sa légère élévation et concorde nettement avec la faible intensité des phénomènes généraux :

Temp. axillaire : 18 juillet			
19	—	matin 38° 4	soir 38° 6
20	—	— 38° 2	— 38° 4
21	—	— 38° 5	— 38° 7
22	—	— 38°	— 38° 9
23	—	— 38° 2	— 39°.

Mort le 24, à 7 h. 1/2 du matin.

AUTOPSIE faite le 25 juillet. — L'*encéphale* est normal.

Les *poumons* présentent d'anciennes adhérences dans toute leur étendue. Quelques tubercules anciens surtout vers les sommets, principalement à droite.

Le *cœur* n'offre rien d'anormal.

Les *voies digestives* sont saines, ainsi que le *foie* et les *reins*.

La *rate* est peu volumineuse, diffluenta.

Dans la grande *cavité péritonéale*, on ne trouve aucune trace de péritonite.

En revanche, l'*excavation pelvienne* est comblée par des adhérences péritonéales étendues entre le rectum, l'*utérus* et ses annexes. En écartant ces adhérences, on tombe sur une *péritonite pelvienne* qui s'est collectée du côté droit en formant une cavité limitée, en avant par la face postérieure de l'*utérus* et la face postérieure du ligament large droit, en haut par la trompe épaissie et accolée au *péritoine pelvien*, jusqu'au niveau du bord droit du rectum, auquel le pavillon déformé et épaissi adhère intimement. La trompe est donc considérablement déviée et immobilisée contre la partie postérieure de l'*excavation pelvienne*. L'*ovaire* droit, recouvert de fausses membranes peu anciennes, est couché dans une sorte de nid limité par la trompe en arrière, le ligament rond en avant. Dans cette région, l'*ovaire* adhère intimement à la trompe dans une étendue d'au moins 2 centimètres; cette adhérence commence au niveau même du corps de l'*utérus*, en sorte que l'*ovaire* complète pour ainsi dire la paroi supérieure de la cavité purulente intra-péritonéale.

Du côté gauche, les lésions sont différentes et beaucoup plus étendues. La trompe tout d'abord adhère dans toute sa hauteur à la face postérieure de l'*utérus*; aussi se dévie-t-elle après avoir quitté la corne utérine gauche. Son trajet est le suivant : contournant en arrière cette corne, elle monte verticalement sur le fond de l'*utérus*, descend aussitôt sur la face postérieure en s'inclinant à droite dans ce second trajet au point de gagner la ligne médiane; puis, arrivée au niveau du cul-de-sac postérieur, elle se détourne à gauche et remonte en formant un C, pour se perdre presque aussitôt dans une énorme cavité purulente située à gauche de l'*utérus*. Cette cavité purulente n'est autre chose que l'*ovaire suppuré*. Avant de la décrire, notons que les deux trompes sont épaissies, mais surtout la trompe gauche, laquelle est considérablement dilatée au point d'admettre facilement une sonde de trousse dans sa cavité; elle est remplie de pus.

L'ovaire suppuré, dans lequel s'abouche la trompe gauche, forme unetumeur du volume d'une très grosse noix ; elle est parfaitement circonscrite et isolée du reste de la cavité péritonéale ; elle est remplie de pus, et ses parois sont limitées de la façon suivante : en avant, par le ligament rond et la face postérieure du ligament large ; en haut, par une partie des annexes contenant un kyste du volume d'une grosse noisette, rempli d'un liquide citrin, adhérent au bord gauche de la trompe, au niveau même de sa réflexion rétro-utérine. Sa paroi très mince, sous-péritonéale (2 millimètres environ), lisse et égale, ne permet pas de considérer ce petit kyste comme l'ovaire altéré. Sa face profonde repose sur la poche purulente et, en deux endroits différents, l'épaisseur qui l'en sépare est minime.

La cavité purulente correspond, par sa partie postérieure, à la terminaison de la trompe réfléchie ; ses parois sont irrégulières, anfractueuses, surtout à sa partie antéro-inférieure. On y trouve des cloisons incomplètes formant des sortes de petits diverticules irrégulièrement arrondis. La partie la plus antérieure (celle qui touche au ligament large) offre un aspect remarquable rappelant parfaitement, sur une surface de 2 centimètres environ, celui que présente la cavité d'une auricule du cœur, avec ses colonnes charnues de troisième ordre.

Il s'agit peut-être, en somme, d'un ovaire kystique peu volumineux, ayant subi l'influence d'un processus inflammatoire ; dans cette hypothèse, la poche aurait préexisté, la suppuration aurait suivi. C'est à cette dernière opinion que se rattacherait le professeur Cornil.

L'utérus est peu volumineux ; le col, cependant, est hypertrophié et sa lèvre postérieure est étalée. Sa cavité est normale.

Rien à noter ni au *rectum*, ni à la *vessie*. En aucun point on ne trouve de lésions tuberculeuses.

L'examen histologique des parois de la poche ovarienne suppurée n'a pas permis de retrouver la structure de la glande plus ou moins altérée. Les coupes portant sur la partie postéro-inférieure de la poche purulente montrent des couches successives et irrégulièrement disposées, où les fibres musculaires lisses, réunies en faisceaux, sont encore parfaitement reconnaissables. De grandes fentes vasculaires, gorgées de globules rouges et de leucocytes indiquent, çà et là, le passage de lacis veineux propres aux annexes de l'utérus. Il est impossible de reconnaître, dans toutes ces régions de la poche, ce qui pourrait appartenir

au pavillon de la trompe, au ligament de l'ovaire, à l'ovaire lui-même, et en général au ligament large. Les artères sont nombreuses, entourées fréquemment de nombreuses cellules embryonnaires. Enfin, dans ce tissu si riche en fibres lisses, on aperçoit de place en place des fentes gorgées de leucocytes, sans aucun globule rouge. Ces sortes d'amas embryonnaires ne sont que des fentes lymphatiques, car, sur quelques points, on reconnaît une bordure incomplète de cellules endothéliales plus ou moins altérées, mais caractéristiques. Pas trace de cellules géantes, ni d'ilots de follicules tuberculeux. La plupart des petits vaisseaux capillaires sont reconnaissables, aisément isolés par l'hématoxiline, et ne paraissent pas oblitérés. Quelques artérioles sont cependant atteintes d'un léger degré d'endarterite. Sur d'autres coupes, plus antérieures, la paroi n'est pour ainsi dire composée que de tissu conjonctif gorgé d'éléments embryonnaires. La recherche des bacilles tuberculeux (méthode d'Erlich) a été négative.

La présente observation se passe de commentaires. Elle est nulle au point de vue clinique, mais la description clinique de l'ovarite a été faite de main de maître, et nous ne pouvons nous flatter d'y ajouter aucun détail. Il nous reste le regret de ne l'avoir point constatée sur la malade.

Quant à l'autopsie, elle est valable, car elle a été faite avec le plus grand soin. Qu'il s'agisse, en réalité, d'un ovaire déjà altéré par une transformation kystique naissant à peine, puis envahi, sans cause connue, par la suppuration, ou bien que nous soyons en présence d'une suppuration ovarienne et péri-ovarienne enkystée, l'importance du fait en lui-même est considérable. Ovarite suppurée primitive ou secondaire à une lésion kystique antérieure, c'est toujours à un abcès de l'ovaire que nous avons eu affaire. Et cet abcès n'était pas tuberculeux. Voilà ce qui ressort clairement de la description précédente.

Notre excellent maître, le D^r Gallard, à qui nous avons montré les pièces en question, a confirmé pleinement notre diagnostic anatomique. Ce document a donc, à nos yeux, une réelle valeur, et c'est la raison qui nous a décidé à le publier malgré ses lacunes.

14. M. BABÈS fait une communication sur le bacille en virgule.

15. Maladie d'Addison. — Tuberculose des capsules surrénales et du corps thyroïde. — Adhérénces de l'estomac à la capsule surrénale gauche. — Mort par le choléra ; par M. JARDET.

Les antécédents héréditaires de la malade, âgée de 43 ans, nous apprennent peu de chose. Son père est mort à 39 ans d'une affection aiguë. Sa mère est morte à 80 ans; elle avait un frère qui a été enlevé de bonne heure par le croup. Pendant son enfance, cette personne fut bien portante, sa menstruation s'établit sans accidents à l'âge de 15 ans. A 17 ans, elle vint à Paris et eut à ce moment un peu de dysménorrhée et quelques maux de tête qui n'altérèrent en rien sa santé générale. Elle se maria à 22 ans et n'eut ni enfants ni fausses couches. Son mari est mort il y a un an d'une maladie inconnue de nous.

Cette femme n'a jamais fait de maladie ; elle a perdu sa mère il y a 15 mois, et eut à cette occasion un violent chagrin : c'est à cette époque qu'elle fait remonter le début de son affection. A ce moment, elle se sentit très faible, et fut obligée de garder le lit. Depuis, ses forces ont diminué, et ses règles sont devenues de plus en plus rares. En juillet 1883, elle s'aperçut que son visage était plus foncé, elle était cependant assez bien portante. Six mois après, c'est-à-dire au commencement de janvier 1884, elle ressentit une grande lassitude et une faiblesse extrême auxquelles vinrent s'ajouter de l'inappétence et quelques vomissements. Cependant elle put continuer son travail une quinzaine de jours; mais le 14 janvier, elle fut obligée de prendre le lit, sans cependant éprouver d'autres malaises qu'une fatigue extrême, produite par le moindre mouvement. Les troubles digestifs s'apaisèrent vite et, six jours après, elle se levait pour essayer de travailler ; mais elle reprit bientôt le lit, parce qu'elle était, à de certains moments, sujette aux vertiges et aux éblouissements. La faiblesse avait encore augmenté et bientôt apparurent des sueurs assez abondantes. Enfin, le 1^{er} avril, en présence de tous ces phénomènes d'affaiblissement progressif, la malade se décida à entrer à l'hôpital, elle ne pouvait d'ailleurs plus quitter la chambre.

12 avril. A son entrée, ce qui frappe au premier abord, c'est la coloration du visage qui est manifestement bronzé, couleur pain d'épice foncé. La face, le cou, la nuque surtout, et le dos des mains, présentent une pigmentation intense mais uniforme. Le tronc et les jambes sont égale-

ment colorés (ces dernières au pourtour des jointures), mais à un degré moindre que la face. Le visage présente en outre, sur une teinte uniformément brune, des petites taches pigmentaires absolument noires et non saillantes, toutes disséminées irrégulièrement sur tout le visage, surtout à droite. Les cheveux ne semblent nullement modifiés. Les yeux sont également normaux, de même que la conjonctive. La muqueuse gingivale est également pigmentée autour du collet des canines et des incisives droites, aussi bien sur la mâchoire supérieure que sur l'inférieure. Aux extrémités, quand la malade ouvre la main, on est frappé de voir que la face palmaire est peu ou pas pigmentée, tandis que la face dorsale l'est très fortement. Depuis quelques jours, la malade a perdu l'appétit, mais elle n'a ni vomissements, ni diarrhée. Le ventre est souple. L'appareil respiratoire fonctionne normalement, la malade ne tousse pas. Le cœur a des battements un peu faibles, mais réguliers. L'urine est normale, sans albumine. Les règles ont complètement fait défaut le mois dernier.

Notre sujet ne se plaint en somme que d'une faiblesse extrême, de sueurs qui surviennent le soir et de quelques douleurs dans le ventre et dans les membres, douleurs vagues, mal déterminées et apparaissant surtout la nuit. Le médecin se contente de soumettre la malade à un régime tonique. Pilules de Vallet, vin de quinquina, bains sulfureux.

4 mai. L'état de la malade est le même qu'à son entrée, sa faiblesse est extrême, mais dès qu'elle est au lit, elle ne sent aucun mal. Quand, au contraire, elle veut se lever, ses forces la trahissent et elle est prise de vertiges et d'étourdissements qui l'obligent à reprendre le lit.

5 mai. Elle part pour le Vésinet.

11 octobre. Elle rentre dans le service. Sa faiblesse s'est aggravée, sa coloration est plus foncée qu'auparavant et le nombre des taches noires du visage semble augmenté. De plus, elle éprouve assez fréquemment des douleurs dans les jambes pendant la nuit.

6 novembre. Mêmes symptômes que précédemment : les douleurs ont peut-être été plus vives la nuit dernière. (La malade nous dit qu'elle souffre des jambes, comme si des chiens la dévorait.)

17 novembre. La malade qui, ce matin était bien portante, est actuellement dans une sorte de coma silencieux, sans râle trachéal.

18 novembre. La malade ne peut plus être tirée du coma; elle n'a que quelques expirations lentes et accompagnées

d'un abaissement de la mâchoire inférieure, elle semble près d'expirer. Son corps est froid, le pouls est à peine perceptible. Depuis deux jours, elle a la diarrhée et va sous elle. Les yeux sont ternes et sans expression, les traits amaigris et tirés. La peau des mains est violacée et ridée. La malade succombe une heure après la visite.

AUTOPSIE vingt heures après. Nous trouvons la *cavité abdominale* sèche, sans épanchement, les organes dans leurs rapports normaux. Le grand épiploon adhère à l'intestin. Le péritoine viscéral est sec, légèrement poisseux. En haut, le foie et la rate adhèrent au diaphragme.

A l'ouverture du *thorax*, on voit les organes dans leurs rapports normaux. Le *cœur* est recouvert par le bord antérieur des poumons qui sont blanchâtres et légèrement emphysémateux en avant. L'*estomac* qui ne contient qu'une petite quantité de liquide aqueux grisâtre, a une coloration normale. L'*intestin* est blanc, son contenu complètement décoloré ressemble assez à une purée de pois. Ce contenu ne se rencontre qu'à la troisième portion de l'intestin grêle. Une fois enlevé, il reste à la surface de la muqueuse un exsudat blanc, qui est emporté par un filet d'eau. On voit alors à la surface de l'intestin, une véritable *psorentérie*. Les follicules clos, en grand nombre, font saillie à la surface, leur couleur est blanc pâle. Le *gros intestin* est un peu rouge dans sa partie cœcale. Le *foie* paraît sain, sauf à sa face inférieure qui adhère à la capsule surrénale. La *rate* est adhérente au péritoine, l'épiploon gastro-splénique est rétracté; à sa coupe, il y a une masse de points blancs gros comme une petite tête d'épingle, semblables à des tubercules. Le *rein* droit, de volume normal, est un peu congestionné. Le gauche adhère en haut à une masse grosse comme un marron, masse constituée par la *capsule surrénale* adhérente à l'estomac.

À la coupe, les deux capsules surrénales présentent deux foyers caséeux gros chacun comme un petit pois. Tout autour, se trouve une capsule conjonctive épaisse. Du côté droit, cette capsule se continue avec la capsule de Glisson et le foie. À gauche, l'enveloppe de l'organe adhère en dedans et en bas à la queue du pancréas, et en dedans et en haut à la grande courbure de l'estomac attirée en bas et à gauche.

Une *fistule*, dans laquelle on peut introduire un stylet, s'étend du centre de la capsule surrénale gauche à la muqueuse stomacale, où se fait l'ouverture par un orifice à bords saillants. Cet orifice fait communiquer l'estomac avec le centre de la capsule surrénale.

Les ovaires sont normaux.

Les ganglions lymphatiques situés le long de la veine cave, dans la région lombaire, sont un peu augmentés de volume.

L'examen histologique a montré dans l'exsudat intestinal de nombreux bacilles-virgules.

Dans le rein, on n'a rien trouvé d'anormal.

Le corps thyroïde, examiné sur des coupes, a montré des tubercules caséeux avec cellules géantes à plusieurs noyaux. Nous n'avons pas trouvé de bacilles de la tuberculose, pas plus que sur les coupes de capsule surrénale.

16. Foyers athéromateux ouverts dans l'aorte ; hémorragies multiples ; par TISSIER, interne des hôpitaux.

La nommée Berthelot, Marie, âgée de 56 ans, couturière, entre le 11 novembre dans la nuit à l'hôpital Lariboisière, (service de M. SIREDEY) salle Sainte-Claire, n° 13 bis. On ne possède sur son compte aucune espèce de renseignements. Au moment de l'entrée, elle était sans connaissance, ne présentait aucun symptôme particulier qu'on ait noté et n'exhalait aucune odeur marquée ni d'alcool ni d'ail.

Le lendemain matin, à la visite, son état ne s'était pas modifié. Elle est plongée dans un coma profond ; la face est légèrement tirée vers la gauche, la paupière droite recouvre le globe oculaire et retombe dès qu'on cesse de la soulever. Les membres sont flasques des deux côtés ; mais certainement la flaccidité est plus prononcée du côté droit ; le chatouillement de la plante des pieds provoque quelques légers mouvements de la jambe gauche, rien du côté droit. Les téguments et la conjonctive ont une coloration ictérique intense ; la langue et les lèvres sont sèches et brunâtres. L'auscultation du cœur, difficile à cause de la respiration bruyante, ne laisse entendre aucun bruit de souffle. Les bruits cardiaques sont très sourds. Dans la poitrine, sonorité normale ; pas de souffle à la base non plus qu'aux sommets des poumons ; râles trachéaux bruyants. La vessie contient près de 1,500 grammes d'urine, évacuée par le cathétérisme. L'addition d'acide nitrique n'y décele ni albumine, ni matière colorante de la bile. Pas de garde-robe. La température est normale. La malade meurt à 10 heures du matin, le 12 novembre, quelques instants après l'examen.

AUTOPSIE, le 13 novembre, 24 heures après la mort. Le cerveau et les méninges ne sont le siège d'aucune altération importante. Les artères de l'hexagone et les artères

sylviennes, poursuivies jusqu'aux circonvolutions de l'insula, sont très athéromateuses, mais nulle part thrombosées. Les ventricules latéraux et médians ne contiennent pas de sang et ne sont pas dilatés. La coupe par tranches minces des deux hémisphères, du mesocéphale, du cervelet et du bulbe ne montre ni foyer d'hémorragie, ni tumeur. La base du crâne est normale.

Dans la *poitrine*. La plèvre viscérale est marbrée d'un grand nombre de suffusions sanguines sous-séreuses. Les poumons, congestionnés aux deux bases, crépitent dans toute l'étendue. Il n'y a pas de tubercules aux sommets, pas d'induration d'apoplexie pulmonaire en aucun point. Les artères pulmonaires suivies jusqu'aux petites ramifications sont partout perméables. Les bronches, la trachée et le larynx ne contiennent aucun obstacle à la circulation de l'air. Le cœur est tacheté à sa face antérieure et à sa face postérieure à l'union des ventricules et des oreillettes et tout le long du sillon longitudinal de gouttelettes ecchymotiques sous-péricardiques rouge-violacées. Le ventricule gauche est notablement hypertrophié. Pas de rétrécissement ni d'insuffisance des divers orifices valvulaires, sauf pourtant un léger degré d'insuffisance de l'orifice aortique. La base de la grande valve de la mitrale et les valvules de Morgagni sont athéromateuses.

L'aorte, d'un diamètre agrandi à l'origine, est jaunâtre et présente un épaississement athéromateux de sa tunique interne, presque général. En outre, au niveau de l'inflexion de la crosse, puis en trois autres points du trajet thoracique, la tunique interne est déchirée transversalement et les bords de la déchirure sont machés, ecchymosés, ourlés d'un liseré violacé. La première déchirure (celle de la crosse) occupe presque toute la circonférence de l'artère, mais le milieu répond à la face antérieure; les autres occupent seulement la face antérieure. De plus au niveau de la déchirure supérieure, les bords sont décollés en haut et en bas et comme dans un anévrysme disséquant; la tunique interne est séparée des tuniques moyenne et externe par un espace en nid de pigeon de 1 cent. de profondeur. Le décollement du bord supérieur ne s'étend qu'à deux ou trois millimètres. Le tissu cellulaire qui double la face antérieure de la tunique adventice de l'aorte est imbibé d'une sérosité sanguinolente, qui a filtré depuis la crosse jusqu'à l'orifice diaphragmatique.

Toutes ces déchirures se sont produites sur des tissus infiltrés d'athérome. La friabilité de l'artère est telle que la traction exercée pour la mieux tendre devant le couteau

suffit à la rompre au niveau de l'orifice du diaphragme. La facilité de cette rupture pourrait faire croire que les déchirures observées plus haut sont un produit accidentel de l'autopsie, si le décollement des tuniques et l'infiltration de sang dans l'atmosphère voisine ne détruisaient cette supposition. D'ailleurs, l'aorte abdominale disséquée sur place sans le moindre tiraillement découvre trois ou quatre ulcérations par destruction de la tunique interne au-dessus de plaques d'athérome. L'ulcération grisâtre la plus étendue (diamètre d'une pièce de 0.20 centim.) siège à un demi-centimètre au-dessus de la bifurcation des 2 iliaques primitives. Les 2 artères mésentériques sont libres: on ne trouve au moins dans les 7 à 8 premiers centimètres de leur parcours aucun caillot obturateur. L'œsophage a son revêtement muqueux absolument sain sans aucune ulcération ni eschare. Il n'y a pas la moindre communication entre ce conduit et l'aorte.

Dans l'*abdomen*, à l'ouverture de la cavité péritonéale, les taches ecchymotiques diffuses, irrégulières déjà notées sous la plèvre et sous le péricarde, apparaissent extrêmement abondantes dans l'épaisseur des replis épiploïques et mésentériques. Les infiltrations sanguines noirâtres, pressées les unes contre les autres, donnent l'apparence de grains de raisin noir éparpillés. — L'*estomac* est distendu par un liquide sanguinolent. Sa paroi muqueuse, soigneusement lavée, est absolument saine; l'*intestin*, dans toute son étendue, est rempli d'une bouillie noirâtre, gelée de cassis, constituée par du sang mélangé à des aliments. Pas plus qu'à l'estomac, on ne trouve aucune lésion des parois intestinales.

Le foie est petit (1,100 grammes); il ne présente à la coupe rien autre chose qu'une forte congestion. La coloration en est rougeâtre uniformément. La tranche n'est pas granuleuse. — La *rate*, de dimension habituelle, est tachetée à la surface de deux ou trois infiltrations sanguines sous-séreuses. Pas d'*infarctus*. Rien de notable à la coupe. — Les *reins* sont légèrement adhérents à la capsule, un peu gros, sans changement de couleur appréciable.

Les coupes du foie, montées dans la glycérine après durcissement par l'action de la gomme et de l'alcool, examinées par M. Oettinger, ont présenté les particularités suivantes: Les ramifications des veines-portes sont remplies de globules sanguins, et le tissu conjonctif qui les entoure est épaissi, infiltré de cellules embryonnaires. Les canalicules biliaires sont sains et les cellules qui les tapissent ne présentent aucune altération. Les veines intra-

lobulaires présentent un léger épaississement de leurs parois; elles sont comme les veines-portes, remplies de globules rouges; ceux-ci remplissent aussi les capillaires intra-lobulaires, particulièrement au pourtour des veines centrales. — Les trabécules des cellules hépatiques sont aplaties, séparées les unes des autres par les capillaires gorgés de globules sanguins. Les cellules hépatiques se colorent mal, forment des masses plus réfringentes qu'à l'état normal, dans lesquelles le noyau est très peu distinct; en outre, un grand nombre d'entre elles, particulièrement celles de la périphérie du lobule, sont remplies par une grosse gouttelette graisseuse. En résumé, la lésion prédominante est avant tout une congestion considérable de tout l'organe hépatique; joignons-y quelques altérations graisseuses cellulaires et un léger degré de sclérose périvasculaires. Nous n'avons trouvé nulle part ni embolie, ni foyer hémorragique proprement dit.

Rein. Le rein, préparé suivant les mêmes procédés, présente du côté des vaisseaux un degré assez accusé d'endartérite et de périartérite. Les glomérules eux-mêmes présentent une capsule fibreuse notablement épaissie, d'où rayonnent quelques tractus de tissu conjonctif, séparant les tubes contournés les plus voisins de la périphérie du lobule. Quant aux cellules, celles des tubes contournés sont troubles, jaunâtres et chargées de granulations granulo-graisseuses; leurs noyaux sont encore distincts et se colorent assez fortement par l'action du carmin. — On peut noter des altérations semblables dans les anses ascendantes, tandis que le revêtement des tubes collecteurs nous a paru entièrement normal. — Rien à l'utérus. — Rien à la vessie.

RÉFLEXIONS. — Une femme âgée, dont nous ne connaissons en rien les antécédents, a présenté avec de l'ictère hémaphéique une hémiplegie droite et est morte dans le coma. En l'absence de tout renseignement, les urines étant normales, les artères athéromateuses, il était naturel de croire à une hémorrhagie cérébrale. Or, nous n'avons trouvé à l'autopsie, avec des hémorrhagies sous-séreuses multiples et une hémorrhagie intestinale abondante, rien autre chose qu'une aorte très athéromateuse, ulcérée au niveau des plaques d'athérome.

Sans nous arrêter aux diverses hypothèses, insoutenables d'ailleurs, d'atrophie jaune aiguë du foie, d'empoisonne-

ment par le phosphore, de communication de l'aorte et du tube digestif, il est difficile d'émettre un autre diagnostic que celui d'endoartérite ulcéreuse, avec embolies capillaires multiples déterminant des symptômes généraux d'infection. Ces embolies capillaires sont une simple supposition, puisque l'existence n'en a pas été vérifiée, et que, d'autre part, il est surprenant qu'on ne trouve aucun infarctus du foie, de la rate ou des reins. Mais si les lésions notées sur l'aorte avaient été rencontrées dans le cœur, on n'aurait pas hésité à diagnostiquer une endocardite infectieuse. Dans ces conditions, pourquoi ne pas attribuer, à défaut de meilleure explication, les accidents d'empoisonnement du sang avec hémorrhagies capillaires, à l'évacuation de la poussière athéromateuse dans le courant sanguin.

L'hémiplégie peut être due à l'arrêt localisé de circulation dans l'écorce cérébrale, le temps ayant manqué pour la constitution, avant la mort, d'altérations reconnaissables à l'autopsie.

Quant à l'hémorrhagie remplissant le tube digestif, on l'a souvent constatée dans les cas d'obstruction des artères mésentériques, ce qui vient encore à l'appui de notre manière de voir, bien que nous n'ayons pas trouvé d'embolie plus de ce côté qu'ailleurs.

Il se peut encore que la malade ait succombé à des accidents typhoïdes dont la cause et les lésions nous échappent, cette malade étant par hasard athéromateuse, sans qu'il faille de toute nécessité établir un lien entre son athérome et les accidents mortels.

M. CORNIL admet difficilement l'idée d'une maladie infectieuse due à l'épanchement dans le sang de foyers athéromateux.

M. BALZER a vu un cas semblable dans le service de M. Empis. Après des douleurs abdominales très violentes, sans évacuation, on trouve l'intestin rempli de sang. Rien n'indiquait l'existence d'embolies mésentériques.

17. Kyste séreux sous-épididymaire ; par M. DÉNUCÉ, interne des hôpitaux.

Le nommé Chapin, Abel, âgé de 27 ans, exerçant la profession de marinier, entre le 30 juillet à l'hôpital Necker,

salle Saint-Pierre, lit n° 27 (service de M. le professeur TRÉLAT, suppléé en ce moment par M. le D^r P. SEGOND, professeur agrégé).

Le malade demande des soins pour une hémarthrose considérable de l'articulation fémoro-tibiale gauche, survenue à la suite d'une chute violente faite la veille. Disons de suite, pour n'y plus revenir, que le 11 août, la ponction de l'articulation pratiquée au moyen de l'aspirateur Dieulafoy, donna issue à une quantité assez considérable de liquide hématique. Le membre fut immobilisé, et l'articulation soumise à une compression modérée. Le dix-huitième jour, la guérison était complète.

Le malade, en outre, était porteur d'une tumeur du testicule droit, datant d'environ deux ans, et dont il réclamait la guérison. Aucun antécédent héréditaire à noter. Comme antécédents personnels, le malade se plaint d'être sujet à des bronchites réitérées et dont la guérison ne s'opère que très lentement. L'auscultation des sommets ne révèle aucun signe de tuberculose, même au début. La recherche des bacilles dans les crachats ne donne pas de résultat.

Il y a cinq ans, il a contracté une blennorrhagie et ne s'est pas traité; il persiste encore aujourd'hui une légère blennorrhée. En 1882, il a eu des chancres mous de la verge, suivis de bubon inguinal gauche suppuré; l'affection a été traitée et guérie à l'hôpital du Midi. Peu de temps après sa sortie du Midi, le malade s'est aperçu que sa bourse droite augmentait de volume. Cet accroissement, nullement douloureux, s'est accentué pendant à peu près un an, puis la partie est demeurée stationnaire jusqu'à l'entrée du malade à Necker.

A ce moment, il présente une hydrocèle à droite, caractérisée par une augmentation de volume; la tumeur, ovoïde, plus volumineuse que le poing, est lisse, indolente même à la pression, sauf au point où le testicule est situé, à sa place habituelle, en arrière et en bas. Celui-ci est difficile à examiner par la palpation, et sa place ne peut guère être reconnue que par la sensation spéciale dont le malade rend compte. La transparence est complète en haut et en avant. La ponction de l'hydrocèle, pratiquée le 5 août, donne issue à environ 100 grammes de liquide clair, citrin, semblable au liquide habituel de l'hydrocèle. Une injection consécutive de teinture d'iode au tiers ne cause pas de douleur très vive.

Le testicule, examiné après la ponction, paraît gros. Son extrémité inférieure, de volume à peu près normal, donne à la palpation une sensation de dureté supérieure à la con-

sistance normale de la glande. Cette partie est lisse; au contraire, la partie supérieure présente un renflement notable, de la dimension d'une grosse noix, à peu près de la même consistance, mais bosselé. Cette extrémité fait suite à la portion inférieure, sans que l'on puisse en aucune façon distinguer la tête de l'épididyme du testicule proprement dit. Le testicule et l'épididyme semblent ainsi confondus en une masse unique, consistante. En aucun point on ne perçoit de transparence ou de fluctuation. La prostate est parfaitement saine. Pas de ganglions dans l'aîne gauche. A droite, la cicatrice du bubon suppuré rend l'examen impossible. La consistance de la tumeur, sa forme, l'absence de transparence et de fluctuation permettaient de croire à une tumeur solide. La fusion apparente du testicule et de la tête de l'épididyme en une seule masse confirmait cette hypothèse. En outre, la marche de l'affection, l'absence de tout commémoratif, de toute lésion tuberculeuse des poumons, mais surtout de la prostate, devait faire écarter l'idée d'une tuberculose génitale. En revanche, l'idée de sarcocele syphilitique devait se présenter à l'esprit. Aussi, bien que le malade n'avouât d'autre antécédent vénérien qu'une blennorrhagie et des chancres simples, un traitement mixte (sirop de Gibert et iodure de potassium, 2 gr.) fut-il institué, et poursuivi un mois sans résultat. L'hydrocele avait reparu. Devant cet échec, le seul diagnostic auquel il semblât qu'on dût s'arrêter était un sarcome du testicule.

En conséquence, la castration fut décidée. Le 22 septembre, l'hydrocele fut ponctionnée. Le testicule conservait tous les caractères déjà décrits. Par mesure de précaution, M. Segond fit dans la partie supérieure de la tumeur une ponction capillaire. Celle-ci donna issue à quelques gouttes de liquide séreux, citrin, légèrement visqueux. Un nouvel examen détaillé du testicule montra que cette évacuation ne changeait en rien la disposition des parties. L'extrémité supérieure, toujours volumineuse et dure, offrait le même aspect qu'auparavant. L'opération fut donc faite avec toutes les précautions antiseptiques. Pansement de Lister. A part une légère douleur au niveau du cordon, les deux premiers jours, les suites de l'opération furent très simples. Au huitième jour, le drain fut supprimé; le quinzième jour, la cicatrisation était complète. La température n'avait jamais excédé 38°.

En ouvrant la tumeur, on constata que ce n'était point un sarcome, mais un kyste, situé entre le testicule qu'il coiffait, et l'épididyme. Ce kyste contenait un liquide épais.

un peu visqueux et filant, de couleur citrine, d'ailleurs nullement trouble ni opalescent. Cette tumeur, recouverte par la tunique vaginale, était absolument adhérente à la glande; l'épaisseur de ses parois, leur distension par le liquide, leurs bosselures répondant à des septa fibreux cloisonnant sa cavité, avaient masqué la transparence, la fluctuation et conduit à croire à une tumeur solide. La tumeur se compose d'un grand kyste du volume d'une noix, dont la cavité, cloisonnée par des tractus fibreux incomplets, est divisée en poches secondaires communiquant largement les unes avec les autres. En avant, se trouvent deux autres poches beaucoup plus petites et indépendantes, dont l'une a été ponctionnée; les trois cavités sont parfaitement closes. Elles reposent en bas sur la tunique albuginée du testicule, à laquelle elles adhèrent complètement. A la partie supérieure de la grande poche, on voit l'épididyme, qui lui est uni d'une façon si intime qu'il semble faire partie de la paroi kystique, et se prolonge de même sur la paroi latérale. Le volume de cet organe semble diminué. La vaginale passe en avant et en arrière du kyste, augmentant encore l'épaisseur de ses parois et leur adhérence à la glande.

Le liquide du kyste, examiné au microscope, contient de nombreux globules graisseux, des hématies déformées en petit nombre, des cristaux d'hématine et de cholestérine, mais aucune trace de spermatozoïdes. Le raclage de la paroi interne du grand kyste montre des fragments d'épithélium formant, quand on les voit de face, une mosaïque polygonale assez régulière. Au centre de chaque polygone, on aperçoit un noyau, très visible, se colorant fortement par le carmin, de forme ovoïde, pourvu d'un nucléole qui se détache comme un point brillant; sur les bords des fragments, quelques cellules se présentent de face. Elles paraissent cylindro-coniques, à pointe peu accusée, dirigée vers la paroi. Le noyau est plus près de l'extrémité adhérente que de l'extrémité libre; leur hauteur est de 5 à 6 μ , leur diamètre de 8 μ environ. Pas de cils vibratiles. Sur des coupes durcies dans l'alcool et traitées au picro-carmin, on voit que la paroi du kyste est formée de tissu fibreux contenant de nombreux vaisseaux. Les artères possèdent une tunique musculaire épaisse. L'épithélium se présente avec les caractères décrits plus haut. La paroi est continue, et nulle part on ne voit de végétation ou de cryptes tapissées d'épithélium comme dans les parois des kystes ovariens.

Cette observation me paraît offrir un grand intérêt. En

premier lieu, au point de vue clinique, puisque le diagnostic exact n'a pu être fait. M. Gosselin, dans son mémoire publié en 1848, et dans l'article : *Testicule*, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, donne comme caractères permettant de reconnaître les grands kystes sous-épididymaires, leur translucidité, leur fluctuation et la possibilité de les distinguer du testicule auquel ils adhèrent. Le cas présent n'avait aucun de ces caractères. La tumeur, ajoute-t-il, est régulièrement arrondie, ovoïde. Ici, elle était nettement irrégulière et bosselée. Au point de vue anatomique, il faut signaler l'épaisseur des parois qui masquait la fluctuation. Cette épaisseur est en contradiction avec les descriptions de M. Gosselin, de J. Paget, de Broca (Soc. anat., 1850), de M. Després (ibid., 1878), etc. Aucune des cavités ne contenait de spermatozoïdes. Les rapports de la tumeur sont également dignes d'intérêt : elle coiffait directement le testicule, sans interposition de la vaginale. Celle-ci se tendant à mesure que la tumeur augmentait de volume, était appliquée à sa paroi antérieure. La paroi postérieure devait être en rapport avec les vaisseaux efférents, mais ceux-ci sont effacés, probablement oblitérés, comme l'a observé M. Gosselin (*Gaz. méd.*, Paris, 1850).

La pathogénie de cette affection serait intéressante à élucider. On sait que Marcé, dans une thèse sur les kystes spermatiques (Paris, 1856), leur a attribué comme origine la persistance d'un conduit du corps de Wolff. Cette opinion a été soutenue par M. Verneuil à la Société de chirurgie, en 1857, et par Giraldès, dans ses recherches anatomiques sur le corps innominé (*Journal d'anat.*, de Robin, 1861). Cette hypothèse paraît très plausible, du moins pour les kystes spermatiques. A côté du corps de Giraldès, on connaît un autre organe provenant également des restes du corps de Wolff, l'hydatide non pédiculée, étudiée par Ernst Fleischl (*in Manuel de Stricker*, Appendice). Les vaisseaux aberrants de Haller, sur la structure et le développement desquels Roth a fait un mémoire très complet, ont également la même origine (*Zeitschr. f. anat. und Entwicklungsgeschichte*, 1876). Seulement, les vasa aberrantia siègent de préférence vers la queue de l'épididyme, loin, par conséquent, du siège habituel des kystes spermatiques. Tous ces organes sont pourvus d'une cavité tapissée d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles, et communiquent avec le canal de l'épididyme. Le développement des kystes spermatiques à leurs dépens, et la présence de spermatozoïdes dans le liquide que ceux-ci contiennent est par-

faitement compréhensible. Il n'en est pas de même pour les kystes séreux. En premier lieu, leur épithélium ne ressemble en aucune façon à celui de ces organes. Il n'est jamais pourvu de cils vibratiles. Cette objection ne serait pas suffisante. Les kystes uniloculaires para-ovariens n'ont pas d'épithélium vibratile, et l'on est d'accord pour leur assigner comme origine le para-ovarium, ou organe de Rosenmüller, l'analogue, chez la femme, du corps de Giraldu chez l'homme. L'épithélium des tubes qui constituent cet organe est vibratile. Mais les exemples de ces transformations sont loin d'être rares, et l'on sait avec quelle facilité l'épithélium d'une cavité se modifie pour s'adapter à de nouvelles conditions, de pression par exemple. L'absence de spermatozoïdes, et même de toutes traces de spermatozoïdes, les caractères du liquide contenu dans les kystes séreux, absolument différents de celui des kystes spermatiques, fournissent des preuves autrement convaincantes de la non-identité des origines. Le siège même des kystes séreux a conduit à une hypothèse assez simple. Entre la tête de l'épididyme et le testicule, la vaginale vient en avant former un repli, une sorte de *meso*. Sous l'influence d'une vaginalite ayant passé plus ou moins inaperçue, les deux replis du cul-de-sac peuvent se souder par leurs bords. Il en résulterait une cavité parfaitement close, pouvant donner lieu à une sécrétion de liquide séreux. La structure même des kystes plaide en faveur de cette hypothèse. La description que donne Lusechka (*Archives de Virchow*, tome VI, p. 321) de la portion de la vaginale intermédiaire à l'épididyme et à la partie supérieure du testicule, description confirmée par La Valette Saint-Georges, rappelle absolument celle de la paroi de notre kyste.

Mais il faut admettre que l'apparition du kyste a été précédée d'une poussée inflammatoire, et ce n'est pas toujours le cas. On pourrait alors se rattacher à une dernière hypothèse, analogue à celle de Marcé et de M. Verneuil pour les kystes spermatiques. Il existe en effet un autre annexe de l'épididyme qui semble pouvoir jouer un rôle dans la genèse des kystes séreux : c'est l'hydride pédiculée de Morgagni. Reste, non du corps de Wolff, mais du conduit de Muller, cet organe, annexé à la tête de l'épididyme, contient dans son épaisseur une cavité, tapissée d'un épithélium polyédrique, remplie d'un liquide séreux, et ne communiquant jamais avec le canal de l'épididyme. Qu'une influence quelconque amène l'hypersécrétion de ce liquide, la cavité se distendra, repoussant d'une part la vaginale, d'autre part se logeant entre l'épididyme et le testi-

cule. Son développement continu explique les adhérences qui s'établiront entre le kyste, l'épididyme et le testicule. Enfin, la vaginale tendue, passera au-devant de la tumeur, s'appliquant à sa partie antérieure comme dans notre observation, sans qu'il soit besoin d'invoquer l'intervention d'une poussée inflammatoire.

18. Coqueluche. — Rougeole. — Broncho-pneumonie. — Mort. — Ecchymoses sous-pleurales — Deux ulcérations de la paroi postérieure du pharynx répondant l'une à l'épiglotte, l'autre au cartilage cricoïde ; par M. E. LEPAGE, interne des hôpitaux.

La nommée D..., Louise, âgée de 3 ans, entre le 16 octobre 1884, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Sainte-Elisabeth, lit n° 34 (service de M. le Dr OLLIVIER).

Cette enfant est maigre, chétive ; son père est bien portant ; sa mère vient d'entrer à l'hôpital pour une tuberculose pulmonaire. Une petite sœur, âgée de 10 mois, a succombé le 14 octobre courant à la suite de coqueluche.

La malade est née à terme et a été nourrie au sein jusqu'à l'âge de 12 mois. Elle habite Paris depuis cinq mois. Aucune maladie antérieure (ni rougeole, ni bronchite, ni impétigo). Depuis quinze jours, l'enfant est atteinte de coqueluche ; elle a eu huit à dix quintes par jour. Elle présente à son entrée une ulcération du frein de la langue assez étendue. Pas de complication pulmonaire, sauf un certain degré de bronchite. Sous l'influence du traitement (sirop de belladone et sirop de quinquina), les quintes de coqueluche commencent à diminuer de fréquence (quatre à cinq quintes dans les vingt-quatre heures) ; peu de vomissements.

Le 2 novembre, il existe un peu de catarrhe oculaire, puis survient du catarrhe nasal, et le 6 novembre, une éruption rubéolique se manifeste très marquée à la face et aux membres supérieurs. L'éruption sort assez mal aux membres inférieurs. Les quintes de coqueluche cessent complètement du 5 au 12 novembre. A cette époque, l'éruption commence à pâlir ; l'enfant présente un notable degré de dyspnée ; il existe du souffle et des râles fins à la base gauche. A droite, râles sibilants assez nombreux. — Vomitif et ventouses sèches.

Le 14 novembre, les quintes de coqueluche reviennent au nombre de cinq à six par jour ; l'éruption a presque complètement disparu. Il existe au niveau des lèvres deux ou trois ulcérations, d'origine probablement scrofuleuse,

avec engorgement ganglionnaire sous-maxillaire très accusé.

Le 16 novembre, la dyspnée augmente; il existe de la submatité à la base gauche; le souffle persiste intense. L'état général est très grave; la température s'élève.

Le 18 novembre, l'enfant est toujours très oppressée; les ailes du nez battent; les quintes de coqueluche ont presque entièrement disparu. — L'enfant succombe le 19 novembre.

AUTOPSIE. — Cavité thoracique. Sur la plèvre du côté gauche existe un exsudat qui recouvre le bord postérieur du poumon jusqu'au niveau de sa base; cet exsudat reste adh rent au poumon lorsqu'on enlève celui-ci de la cavité thoracique; il se détache assez facilement du poumon lorsqu'on racle avec un scalpel. La plèvre paraît normale à ce niveau. Cet exsudat est d'une coloration noirâtre, se rapprochant des caillots par sa consistance et son aspect; dans les parties déclives, il est un peu rouge; il présente une épaisseur moyenne de 2 à 3 millimètres. — Un exsudat de même nature, mais moins étendu, siège au niveau du bord postérieur du poumon droit. Il ne s'agit pas là de pleurésie hémorrhagique, mais d'une sorte d'extravasation sanguine qui s'est faite à la surface du poumon. Le poumon gauche présente dans son lobe inférieur des noyaux indurés de broncho-pneumonie; le reste du tissu pulmonaire, de ce côté, est très fortement congestionné. Une notable quantité de sang s'échappe lorsqu'on incise le poumon. Pas de tubercules. Le poumon droit est très congestionné, surtout au niveau de son lobe inférieur; pas de tubercules. Les ganglions du hile de chaque côté sont normaux, ni augmentés de volume, ni indurés. — *Péricarde et cœur*: ne présentent rien de particulier.

Le *foie* est gros, volumineux, un peu congestionné. — *Rate* petite, lobulée, assez dure. — *Reins*. Les deux reins sont p les, même au niveau de la substance médullaire; ils se décortiquent facilement.

La muqueuse du *larynx* paraît normale, mais un peu congestionnée; sur la paroi postérieure du pharynx, il existe deux ulcérations, de dimensions inégales, l'une supérieure de 1 centimètre de longueur sur 4 millimètres de largeur, répondant à l'épiglotte; l'autre, de dimensions un peu plus considérables, répondant à la face postérieure du cartilage crico ide. Le fond de ces ulcérations est grisâtre. Il n'existe en aucun point du tube digestif d'ulcération semblable. L'examen microscopique, pratiqué par notre

excellent collègue et ami Morel-Lavallée, a montré une absence complète de l'épithélium et du derme de la muqueuse au niveau des ulcérations.

Cette observation nous a paru intéressante à divers points de vue : 1° Elle est un nouvel exemple de mort par rougeole contractée dans les salles d'hôpitaux d'enfants;—2° Elle montre l'influence de la maladie intercurrente *rougeole*, sur la marche et le nombre des quintes de coqueluche; — 3° Les exsudats constatés au niveau de la plèvre pourraient être rapprochés des ecchymoses sous-pleurales, signalées depuis longtemps dans la coqueluche, notamment dans le mémoire de Blache (1868); — 4° Les ulcérations situées sur la paroi postérieure du pharynx et répondant très exactement l'une à l'épiglotte, l'autre au cartilage cricoïde, ne pourraient-elles être rapprochées, même au point de vue étiologique, de l'ulcération du frein de la langue? Sans vouloir en aucune façon affirmer que ces ulcérations soient d'origine mécanique, en l'absence de toute autre cause appréciable, il est intéressant d'en signaler l'existence. On arrive directement sur une surface, comme taillée à l'emportepièce, qui est la couche cellulo-musculaire; cette couche n'est nullement infiltrée d'éléments embryonnaires et n'est le siège d'aucune inflammation.

19, Cancer de la plèvre ; par M. Pierre AYROLLES, interne des hôpitaux.

A l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Marthe, n° 10 (service du D^r MILLARD), est morte une femme chez qui on a pu observer les faits suivants :

Marie D..., 64 ans, fleuriste, avait toujours eu un état de santé assez satisfaisant. Dans ses antécédents, on retrouve une fluxion de poitrine en 1855, et quelques autres affections fébriles passagères et sans caractères particuliers. — Réglée à 15 ans, régulièrement et sans douleur, elle a eu un enfant à terme et une fausse couche. Ménopause à 50 ans sans accidents. Il y a cinq ans, bronchite assez tenace, et enfin, au mois de janvier dernier, lumbago. Au mois de juillet, elle fut prise d'une façon assez subite de point de côté, toux, fièvre légère, oppression, perte d'appétit. Peu à peu, les phénomènes dyspnéiques ont augmenté, et elle a été forcée de prendre le lit.

Entrée le 29 août dans un état d'oppression extrême, elle présente une matité étendue à tout le côté gauche et un déplacement du cœur, qui paraissent nécessiter une intervention immédiate. La ponction, faite avec l'aspirateur

Potain dans la ligne axillaire, n'amène pas de liquide. Ventouses.

30 août. L'oppression reste très marquée, et l'examen physique permet de constater en avant et en arrière une matité qui remonte jusqu'à deux travers de doigt sous la clavicule et jusqu'à l'épine de l'omoplate. A l'auscultation, souffle en avant dans toute la hauteur, en arrière souffle léger, et dans quelques points, on entend le bruit lointain de la respiration et quelques frottements. On pense avoir affaire à une pleurésie cloisonnée.

6 septembre. Thoracentèse. Une première ponction ne donne aucun résultat. En enfonçant le trocart plus haut, on retire quelques cuillerées de sang presque pur. Néoplasie pulmonaire(?). Une seconde tentative faite plus haut avec la seringue de Pravaz ne donne encore que du sang.

22 septembre. Toujours matité complète en avant et en arrière dans toute la hauteur; souffle aspiratif un peu rude, oppression légère. La malade maigrit, peu d'appétit. Urines, 7 à 800 grammes.

26 septembre. On constate dans le creux sus-claviculaire gauche deux ou trois petits ganglions. Le creux est effacé. Pas de voussure sous la clavicule.

30 septembre. Thoracentèse. Quelques grammes de liquide sanguinolent.

4 octobre. Toux assez violente, oppression. Matité étendue aux 4/5 inférieurs en arrière et jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule en avant. Au-dessous de ces points, souffle pleurétique. Silence complet en arrière dans la moitié inférieure du poumon gauche. Le côté gauche du thorax paraît aplati, et la mensuration permet de constater un excédent de 4 centimètres à l'avantage du côté droit. Pas de fièvre, perte d'appétit; insomnie par suite de la toux, qui est fréquente et pénible. Crachats visqueux, âcres, gommeux, mélangés de quelques stries rougeâtres, mais pas franchement sanguinolentes. Les ganglions sous-claviculaires sont plus saillants et très durs.

8 octobre. Fièvre légère, pas de frisson; il s'est développé une rougeur assez vive dans le dos, autour d'un vésicatoire récemment posé. Cette rougeur s'accompagne d'épaississement de la peau et est limitée en bas par un bourrelet assez net. C'est un érysipèle développé depuis hier. (La malade voisine est atteinte d'érysipèle de la face.)

10 octobre. L'érysipèle qui, hier, s'était étendu jusqu'au niveau des fesses, envahissant toute la région lombaire, est resté stationnaire. La température est de 36°,8 le matin, 37°,8 le soir.

12 octobre. L'érysipèle s'efface, oppression assez vive. Au point de vue physique, les signes sont toujours les mêmes.

25 octobre. Frisson violent dans l'après-midi. L'oppression continue depuis deux jours. Crachats abondants, spumeux, âcres; la toux est fréquente, quinteuse et provoque de temps à autre des vomissements. Le cœur est toujours très déplacé; la pointe bat derrière le sternum. Au point de vue stéthoscopique, l'état est toujours le même.

26 octobre. Oppression. Matité absolue de toute la hauteur du poulmon en avant et silence absolu jusque sous la clavicule; en arrière, même matité, souffle lointain dans la fosse sus-épineuse. Mensurations : à droite, 42 centimètres; à gauche, 41. Le côté gauche, qui était d'abord très rétracté, s'est par conséquent dilaté de 3 centimètres.

29 octobre. On trouve des ganglions dans la ligne axillaire: le premier, au niveau de la circonférence externe de la mamelle, à la hauteur du mammelon, est dur et roule sous la peau. Au-dessus, en allant vers l'aisselle, on en trouve une série de trois superposés, avec les mêmes caractères; ils sont très durs, mais pas très volumineux.

5 novembre. Les ganglions déjà signalés dans la région pectorale sont plus volumineux; ils se dessinent sous la peau amaigrie par une légère saillie; les ganglions sus-claviculaires sont aussi très volumineux. Mêmes signes stéthoscopiques.

6 novembre. Ablation du ganglion le plus inférieur par une petite incision; suture au fil d'argent. Pansement de Lister.

9 novembre. La plaie est cicatrisée; il reste un noyau inflammatoire à la place occupée précédemment par le ganglion. L'examen microscopique a montré un ganglion dégénéré avec petites hémorrhagies parenchymateuses; la lésion paraît être du sarcome ou du carcinome. Du moins une tumeur à marche rapide avec tendance aux hémorrhagies.

12 novembre. Oppression très marquée, qui est devenue presque de l'orthopnée. Matité toujours absolue du côté gauche. Souffle en avant et en arrière dans le quart supérieur gauche. Le côté est maintenant manifestement dilaté.

16 novembre. Perte complète d'appétit, orthopnée, facies amaigri, affaîssé. Augmentation de volume des ganglions.

17 novembre. Ponction thoracique avec l'aspirateur Dieulafoy dans le quatrième espace intercostal, en avant. L'aiguille, enfoncée jusqu'à une profondeur de 5 à 6 centimètres, n'amène que quelques grammes de liquide san-

guinolent. Autre ponction plus en arrière, près de la ligne axillaire; même résultat négatif. On n'a pas la sensation d'une cavité dans laquelle l'aiguille serait libre.

19 novembre. Le matin, la malade est très affaissée; il commence à apparaître de la cyanose; le pouls est petit et fréquent, la dyspnée violente. La malade ne peut plus se coucher même un instant et doit garder la position assise. Le soir, les lèvres sont violacées et contrastent avec la pâleur du reste de la face. Dyspnée très intense.

20 novembre. Mort à quatre heures du matin.

AUTOPSIE 28 heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate que l'intestin est sans altération. Le foie est assez volumineux et de couleur pâle; un peu de dégénérescence graisseuse. Les reins sont normaux; mais dans le petit bassin, on trouve sur le péritoine viscéral et pariétal une série de végétations isolées, ayant de 4 à 5 millimètres de hauteur et autant de largeur, et parsemant toute la séreuse. L'ovaire droit est kystique, la poche a le volume d'une orange; l'intérieur contient un liquide analogue à de l'urine comme couleur et comme densité, sans viscosité spéciale. Au fond de la poche se trouve un magma gris rougeâtre s'écrasant facilement sous le doigt.

A l'ouverture du thorax, on trouve la plèvre droite saine dans toute son étendue. Le poumon paraît sain dans sa moitié supérieure; mais à la partie inférieure, outre de la congestion, on trouve des noyaux d'aspect jaunâtre, un peu plus foncé et un peu plus consistant que le magma caséeux. Le péricarde, ouvert en place, montre le cœur fortement resoulé à droite. Pas de liquide dans la cavité péricardique. Le cœur, enlevé, est normal et contient des caillots ayoniques dans le ventricule droit et l'artère pulmonaire; la surface péricardique, sur la paroi gauche, est soulevée par des végétations blanchâtres qui viennent de la plèvre et font saillie dans la cavité. Mais la séreuse est intacte à sa surface, qui est lisse et sans plaques dépolies. Rien sur le feuillet viscéral. — La plèvre gauche, notablement épaissie, forme une vaste poche remplie de liquide (700 grammes environ) et de fausses membranes épaisses, jaune rougeâtre, assez analogue comme aspect à du muscle qui aurait macéré dans une solution phéniquée. Ce sont des masses filamenteuses molles et s'écrasant assez facilement sous le doigt en une bouillie rougeâtre analogue au liquide retiré par la ponction. La plèvre étant détachée de la paroi costale à laquelle elle adhère fortement, on peut constater son épaississement généralisé. Elle mesure presque partout un demi-centimètre, sauf au niveau du dia-

phragme, où elle atteint presque le double de cette épaisseur. Le poumon est fortement refoulé contre la gouttière vertébrale; les deux lobes, séparés et comprimés par la plèvre, prennent l'aspect de deux cônes aplatis reposant sur la gouttière costo-vertébrale. Il n'est nullement envahi par la néoplasie.

Les ganglions axillaires et sus-claviculaires constatés pendant la vie sont dégénérés; il en est de même de quelques-uns autour de l'aorte et de l'œsophage. A la coupe, on trouve une pulpe grisâtre semi-liquide environnée par une coque résistante.

Au microscope. — Sur une coupe de la plèvre, prise au niveau du diaphragme, on trouve au milieu d'un lacs de fibres conjonctives et élastiques de petits noyaux formés par des amas de cellules rondes, nucléées, se colorant assez fortement par le carmin.

20. M. VALUDE montre les pièces d'un homme mort de cachexie après avoir eu de la rétention d'urine. A l'autopsie, on a trouvé des reins kystiques et un cancer du duodénum, avec généralisation au foie.

21. M. COLLEVILLE fait voir les pièces anamo-pathologiques d'un enfant de 15 mois mort d'asphyxie laryngée. Il présentait des signes de syphilis secondaire. Une ulcération a détruit la corde vocale gauche. Il existe dans le poumon des nodules gommeux disséminés.

M. LETULLE insiste sur la rareté exceptionnelle des ulcérations syphilitiques du larynx chez des enfants de cet âge. Il faut s'assurer qu'il ne s'agissait pas de tuberculose.

22. M. COLLEVILLE montre un cas d'endocardite ulcéreuse. Il existe une ulcération large et profonde de l'origine de l'aorte.

23. Rapport sur la candidature de M. TISSIER, interne des hôpitaux au titre de membre-adjoint de la Société anatomique,

Parmi les présentations de M. Tissier, plusieurs méritent d'être rappelées. L'une a trait à un volumineux *sarcome du corps de l'utérus* dont la nature fut d'abord méconnue. On espéra qu'une ponction exploratrice viendrait éclairer le diagnostic. La ponction ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang; mais sans doute la canule du trocart déposa dans l'épaisseur des parois abdominales, une parcelle du tissu pathologique utérin qui, petit à petit,

proliféra dans la peau et donna plus tard naissance à une nodosité molle dont les caractères furent reconnus ultérieurement tout analogues à ceux du néoplasme de l'utérus. Cet exemple de greffe sarcomateuse, à rapprocher de faits semblables cités par Waldeyer, Hyvert, etc., est on ne peut plus probant, et l'an dernier a fait l'objet d'un mémoire de M. Nicaise, dans le service de qui M. Tissier avait recueilli son observation.

Une autre présentation, faite à la Société quelque temps après la précédente, trouverait maintenant un certain intérêt d'actualité. Il s'agissait de *fibrômes du corps de l'utérus accompagnant et côtoyant un épithélioma du col utérin* sans pénétration des deux tumeurs qui n'avaient entre elles que des rapports de contiguité. M. Tissier insista sur la coexistence chez un même sujet et sur un même organe de deux néoplasmes tout différents de nature et pour certains auteurs incompatibles. Son insistance est aujourd'hui justifiée par la récente communication du professeur Verneuil au congrès de Copenhague.

Je ne veux m'arrêter sur aucune des autres présentations de pièces, nombreuses et toutes intéressantes par quelque point, si ce n'est sur la dernière en date qui me paraît mériter une mention spéciale. Elle concerne un malade mort à l'hôpital Tenon, d'un *abcès des méninges, complication d'une fièvre typhoïde*. Vers la fin de la maladie qui n'avait rien offert de particulier à l'attention, si ce n'est une durée tout à fait anormale, un matin on s'aperçut que le malade venait d'être atteint d'une aphasie complète. Puis le côté droit de la face, le membre supérieur droit, enfin le membre inférieur droit, se paralysèrent successivement, en deux à trois jours. La paralysie ne fut jamais complète, il s'agissait plutôt d'une paresie. La sensibilité conservée était obtuse dans tout le côté droit. Au bout de trois jours, l'aphasie s'amenda, le malade retrouva peu à peu l'usage de ses membres; mais, au fur et à mesure que la paralysie céda, une torpeur irrésistible s'emparait du malade qui tomba dans le coma et mourut.

A l'autopsie, M. Tissier découvrit, avec les lésions intestinales de la fièvre typhoïde, un volumineux abcès développé dans les méninges comprimant et déprimant les circonvolutions voisines du sillon de Rolando sous-jacentes. La poche, pleine de pus verdâtre bien lié, était creusée dans l'épaisseur de la dure-mère, occupant le même siège que les foyers d'hémorragie méningée, c'est-à-dire limitée en dehors par la dure-mère, en dedans par le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

On pouvait se demander si cet abcès n'était pas la transformation purulente d'un hématôme d'origine ancienne. Mais cette hypothèse fut rejetée, le malade ayant toujours, avant d'entrer à l'hôpital, joui d'une irréprochable santé. Il n'était guère permis non plus de supposer qu'une hémorragie s'était faite sous la dure-mère pendant l'évolution de la fièvre puis transformée en abcès puisque les symptômes cérébraux avaient toujours fait défaut jusqu'au dernier jour de la maladie. On devait bien plus vraisemblablement admettre la formation spontanée de l'abcès dans les méninges comme on admet à l'issue des dothiéntéries la formation d'abcès dans les muscles, dans les testicules (Hanot), dans la fosse ischio-rectale (Chalot) ou dans les grandes lèvres (Siredey).

Dans la fièvre typhoïde les accidents d'aphasie et de paralysie transitoires ne sont pas exceptionnels ; ordinairement ils se présentent dans la première période et ne se terminent généralement pas par la mort. Longuet, dans une revue de l'*Union médicale* (26 et 27 avril 1884) en a rassemblé un grand nombre d'exemples et, sans conclure positivement, semble les attribuer, avec Calmette, à des simples désordres hyperhémiques de l'irrigation cérébrale.

D'autres auteurs ont émis l'opinion que dans ces troubles paralytiques on ne devait voir que des phénomènes réflexes dont le point de départ était l'irritation de la muqueuse intestinale. M. Barriéa, dans les *Archives de médecine*, étudié cette variété de paralysies qui, d'ordinaire, affectent la forme paraplégique. Pour M. Vulpian, il faut plutôt incriminer une thrombose par endartérite de la sylvienne gauche ; pour Sorel, une embolie. Les accidents cérébraux reconnaissent encore pour causes des lésions de méningite. Bouchut, Hugues (th. Paris 1875), Lereboullet (*Gaz. heb.* 1877), Cadet de Gassicourt (*Soc. clinique* 1877), en ont donné maintes preuves. Mais ces méningites, qui suppurent souvent, contrairement à l'opinion de Chedevergne (1874), sont toujours diffuses et occupent la base du cerveau (je laisse de côté les méningites consécutives à des otites suppurées). Une seule exception, que nous sachions, a été signalée à la Société anatomique par Maunoury en 1875.

Maunoury, à cette époque interne de M. Moutard-Martin, eut dans son service un typhique qui, après un mois de maladie, mourut au milieu d'une attaque épileptiforme. A l'autopsie il trouva à la partie antérieure de la face convexe de l'hémisphère gauche une plaque ovale, large à peu près comme la paume de la main, formée par du pus

concret infiltré dans les mailles du tissu sous-arachnoïdien.

Son observation diffère donc encore notablement de celle de M. Tissier, qui me paraît rester unique dans son genre. Que de nouveaux observateurs viennent apporter des faits semblables en grand nombre et les symptômes d'aphasie et d'hémiplégie à la fin d'une dothiéntérie pourront constituer pour les chirurgiens, en de certaines conditions, une indication d'intervenir par le trépan.

24. Carie du rocher. — Phlébite du sinus latéral suivie d'infarctus gangréneux des poumons sans méningo-encéphalite concomitante. — Pseudarthrose de la clavicule droite ; par H. HARTMANN, interne des hôpitaux, aide d'anatomie.

La nommée Bonnet (Louise), âgée de 14 ans, entre le 12 août 1884 à l'hôpital Trousseau, salle Giralde, n° 7 (service de M. LANNELONGUE, alors suppléé par M. DURET).

Le matin, à la consultation, cette jeune fille nous avait déjà frappé par sa démarche difficile, sa face pâle, fatiguée, couverte de sueur. L'après-midi, nous la trouvons alitée, un peu abattue, avec du subdélirium. Le sterno-mastoidien gauche est douloureux, contracturé ; on sent au-dessous de lui, à la partie supérieure, de petits ganglions. Il existe un écoulement purulent par l'oreille du même côté. La malade n'entend pas une montre placée très près de cette oreille. Au contraire, la perception auditive a lieu lorsque la montre est appliquée sur le crâne, quel que soit le point sur lequel on l'ait placée. Le ventre est souple, les pupilles normales, la langue un peu rouge, collante ; le pouls à 76, présentant quelques irrégularités toutes les huit ou dix pulsations. Rien à l'auscultation.

13 août. Hier au soir, deux heures après la contre-visite, la malade est devenue très rouge, la peau sèche et brûlante ; la température prise à ce moment était de 40°,4. Ce matin, grand frisson avec claquement de dents ; 39°,8, 104 pulsations. Céphalalgie généralisée, rapportée principalement au sommet de la tête. Toujours torticolis. La pression de la partie postérieure du cou est douloureuse. Ventre souple. Abattement. Vésicatoire à la nuque. Le soir, 37°,6, 52 pulsations.

14 août. La malade, n'ayant pas eu de selles depuis son entrée à l'hôpital, on prescrit une purgation. 37°,2. A midi, frisson avec claquement de dents. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Le soir, 41°,1. — Une partie de l'observation clinique a été prise par M. Létienne, externe du service, que nous remercions ici de son obligeance.

15 août. 39°, 90 pulsations. Le soir, 40°, 90 pulsations. La face est très rouge et brûlante, la langue sèche et collante. La malade a cependant mangé un peu cette après-midi. Raie méningitique. Pas d'inégalité pupillaire. La malade est très abattue, mais répond cependant bien aux questions; elle se plaint de douleurs vives dans la tête sans en préciser le siège. L'écoulement d'oreille continue, mais peu abondant; il y a toujours du torticolis; on ne trouve rien du côté de l'apophyse mastoïde. La mère, que nous voyons aujourd'hui, nous donne les renseignements suivants: Cette fille, qui menait une vie très dure, avait été obligée de cesser, il y a quinze jours, son métier de porteuse de journaux, et depuis huit jours, on la traitait pour un torticolis. Elle restait assoupie après les repas et délirait déjà de temps à autre. Un de ses frères est actuellement âgé de 16 ans, bien portant; un est mort de méningite à 14 mois, un autre à 6 semaines de la même maladie.

16 août. Le matin, 37°,5, 72 pulsations; le soir, 38°,4, 114 pulsations. Nuit agitée. Congestion de la face, qui est couverte de sueurs abondantes. A midi et demi, frisson.

17 août. 40°,7, 108 pulsations le matin; 40°,2, 96 pulsations le soir. Avant la visite, frisson ayant duré de 7 heures à 8 heures 1/4. Nous la voyons pendant le stade de chaleur: céphalalgie intense; peau sèche, brûlante; battements des artères du cou. Pas de vomissements; la malade a encore mangé son chocolat ce matin avant le frisson. Vers 10 heures du matin, commencent les sueurs, qui sont très abondantes. Il y a moins de somnolence que les jours précédents.

18 août. 39°,9, 114 pulsations le matin; 40°,7, 108 pulsations le soir. La somnolence a reparu. Le pouls est plus faible que les jours précédents, où il était un peu bondissant. Il a toujours été régulier depuis le lendemain de l'admission.

19 août. 39°,2, 105 pulsations le matin; 36°,6, 60 pulsations le soir. Hier au soir, vers 6 heures, petit frisson. Ce matin, sueurs localisées au nez et aux lèvres.

20 août. 41°, 135 pulsations le matin; 39°, 105 pulsations le soir. Hier au soir, vers 5 heures, grand frisson. Ce matin, nouveau frisson, dilatation pupillaire. Respiration légèrement saccadée. La malade est très abattue.

21 août. 35°,8, 72 pulsations le matin. Faciès calme, reposé, pouls normal, respiration tranquille. Entre 11 heures et midi, frisson. Le soir, 37°,5, 90 pulsations. Face pâle, quoique couverte de sueurs. Stupeur assez marquée. Les battements du pouls sont très forts.

22 août. 38°,7 le matin ; 38°,4, 96 pulsations le soir. Vers 11 heures du matin, frisson ayant dure $\frac{3}{4}$ d'heure.

23 août. 38°,5, 87 pulsations le matin ; 39°,4, 132 pulsations le soir. La cephalalgie a disparu ; début d'escharres fessières. Vers 1 heure et demie, frisson. Le soir, les battements du cœur sont précipités, les mouvements respiratoires un peu accélérés.

24 août. 37°,5, 105 pulsations le matin ; 40°,2, 122 pulsations le soir. Ce matin, épistaxis très légère. La malade, dans une demi-stupeur, accuse une douleur assez intense dans l'hypochondre gauche. Diarrhée, incontinence des matières. Le soir, face pâle, rire sardonique.

25 août. 39°, 144 pulsations le matin ; 39°,2, 135 pulsations le soir. A 6 heures du matin, petit frisson. Stupeur, pouls filiforme. Les escharres fessières ne se sont pas étendues. Le soir, respiration précipitée, battements des ailes du nez, délire ; la malade demande cependant encore quelle est sa température. Mort à 10 heures, après une agonie de 2 heures. Le torticolis a persisté jusqu'au dernier moment.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — *Foie, rate, reins, cœur sains.* On trouve dans les lobes inférieurs des *poumons*, particulièrement à leur partie postérieure, de nombreux infarctus, de dimensions variables, dont quelques-uns ramollis ont revêtu une apparence gangréneuse. Pas de tubercules. Emphysème du bord antérieur.

A la partie supérieure du cou, sous le sterno-mastoidien, on trouve, entourant la veine jugulaire interne, un foyer purulent. La veine contient elle-même un liquide sanieux ; malheureusement, elle a été coupée à la partie moyenne du cou, et il est impossible de savoir ce qu'elle contenait à son embouchure.

A l'ouverture de la cavité crânienne, on ne trouve rien dans les *méninges* ; le *cerveau* et le *cervelet*, découpés avec soin, n'offrent rien de particulier. Mais en ouvrant le sinus latéral gauche, on y trouve, s'étendant du pressoir d'Hérophile à la portion mastoïdienne, un caillot rougeâtre qui se détache avec facilité de la paroi vasculaire. Au niveau de la portion mastoïdienne, ce caillot prend une coloration noirâtre dans une étendue d'un centimètre environ et adhère à la paroi vasculaire de plus en plus à mesure que l'on descend, si bien qu'il arrive un moment où l'on ne peut plus le détacher. A mesure qu'on se rapproche de ce point, on voit la paroi interne du sinus, qui jusque-là était blanche et lisse, prendre une teinte rosée. Le caillot

se termine par une surface assez régulièrement concave au point où le sinus arrive au contact de la pyramide. A partir de là, le sinus contient un pus sanieux, verdâtre qui n'en occupe pas la totalité, car il est séparé de la paroi par un caillot tubulaire, noirâtre, très adhérent, qu'on ne peut arracher que par lambeaux de coloration noir verdâtre, d'une épaisseur d'un millimètre environ. En un mot, il y a ramollissement puriforme du centre du caillot. Les mêmes altérations se retrouvent dans le golfe de la veine jugulaire et dans cette dernière. En détachant la dure-mère de la face antéro-supérieure du rocher, on voit que cette portion de l'os offre une teinte légèrement verdâtre. En enlevant au ciseau la paroi supérieure de la caisse, on constate que les osselets ont disparu, que la muqueuse est détruite, le tympan disparu et que la cavité est remplie d'un pus grisâtre. Sectionnant ensuite au ciseau la paroi supérieure du rocher, en arrière et au dehors de la caisse, on tombe sur une portion osseuse malade offrant des teintes variées, grisâtres par places, noir-verdâtre en d'autres, s'émiettant facilement avec la pince. En enlevant avec celle-ci de petits fragments osseux plus ou moins mobiles, on arrive dans une cavité contenant un pus sanieux tout à fait analogue à celui du sinus; au fond de cette cavité existent deux petits puits convergents, par lesquels un stylet fin pénètre dans la cavité du sinus latéral, immédiatement au-dessous du point où cesse le caillot rougeâtre, pour faire place à la portion ramollie et suppurée de ce caillot.

Sur la même malade existait une pseudarthrose de la clavicule droite. La fracture avait été constatée, d'après les renseignements donnés par la mère, à l'âge de 8 jours et traitée à la consultation de Sainte-Eugénie. Une pseudarthrose s'était établie et les mouvements n'étaient nullement gênés. La malade pouvait porter de très lourds fardeaux, des paquets de journaux qu'elle allait chercher aux imprimeries, et se servait aussi bien de la main droite que de la gauche. Nous avons pu constater que le bras droit jouissait de tous ses mouvements et que l'étendue de ceux-ci ne paraissait pas diminuée.

A l'entrée à l'hôpital, on note les symptômes suivants : La clavicule droite est fracturée à 5 ou 6 centimètres environ du sternum. L'extrémité du fragment interne soulève les téguments de la base du cou et se dirige en dehors, et un peu en haut et en arrière; elle se trouve presque au-dessus de l'apophyse coracoïde quand la malade est dans le décubitus dorsal. Ce fragment semble terminé par une extrémité mousse, un peu saillante dans sa partie antéro-

supérieure. Au-dessous de lui, on trouve le fragment externe, qui chevauche de près d'un centimètre. On peut mouvoir ces fragments dans une certaine étendue. En portant le bras en haut et dans une légère rotation externe, on arrive à réduire la fracture; on a alors, en remuant les fragments, une sensation de frottement rugueux, sans crépitation à proprement parler.

A l'autopsie, on constate une fracture de la clavicule droite. Celle-ci présente une épaisseur à peu près égale à celle du côté opposé, mais sa longueur est moindre (10 c. 5 au lieu de 13 c.), ses courbures plus marquées, son appareil ligamenteux beaucoup plus développé. La fracture est située à 5 cent. de l'extrémité interne de l'os, au sommet de la grande convexité antérieure. L'extrémité interne a un volume à peu près égal à celui de la clavicule opposée. Elle est un peu plus aplatie d'avant en arrière. La simple empreinte destinée à l'insertion du ligament costo-claviculaire qu'on note à gauche est devenue un véritable tubercule du volume d'un pois. L'extrémité externe présente une configuration générale normale, mais les rugosités qu'on remarque sur sa face inférieure et qui donnent insertion aux ligaments coraco-claviculaires, sont plus développées que du côté opposé, si bien que le tubercule du ligament conoïde détermine une véritable saillie angulaire sur le bord de l'os.

Les deux fragments, qui offrent une forme générale arrondie, un diamètre égal à celui de la portion de diaphyse qu'ils continuent, sont unis par une véritable capsule fibreuse qui, dès le premier abord, paraît très résistante. En l'incisant par sa face supérieure, on constate que ce qui avait paru être une capsule n'est que la partie la plus superficielle de ligaments occupant une bonne partie des surfaces en rapport, que cependant il existe une sorte de cavité pseudo-synoviale, humide, glutineuse. Les extrémités des fragments sont séparées de cette pseudo-cavité par une couche d'apparence fibro-cartilagineuse qui les double et qui mesure un bon millimètre d'épaisseur. Immédiatement au-dessous de cette couche fibro-cartilagineuse, on trouve sur chacun des fragments une ligne de tissu compacte, au delà de laquelle commence immédiatement le tissu spongieux. Ce dernier occupe toute l'étendue des fragments et ne présente, que dans une très petite étendue de chacun de ceux-ci, un vestige de canal médullaire.

Pendant l'autopsie, dans l'ablation de la clavicule, le couteau, engagé entre le fragment interne et ce qui sera

plus tard l'épiphyse interne, a produit un décollement très facile de cette dernière, celui-ci n'a pu être obtenu sur la clavicule opposée.

Aucune lésion rachitique du thorax ni des autres os.

RÉFLEXIONS. — Plusieurs points nous ont paru dignes d'être notés dans cette observation : 1° La constatation de la propagation directe de l'inflammation du tissu osseux au sinus qui est établie ici de la façon la plus nette ; 2° L'aspect que présente ce caillot rougeâtre au-dessus du point osseux malade, puriforme immédiatement au-dessous ; — 3° L'absence de retentissement inflammatoire du côté des organes encéphaliques. C'est là un fait rare, si rare que d'Espine et Picot, dans leur Manuel si justement classique des maladies de l'enfance, nous disent que la suppuration du caillot s'accompagne toujours de méningite suppurée. Cette opinion est exagérée, car il nous a été facile de nous assurer par quelques recherches rapides que d'autres auteurs, Frederick Taylor, Braidwood, etc., ont publié des autopsies en tout analogues à la nôtre ; — 4° La présence d'un torticolis du même côté que l'otorrhée, cette contraction du sterno-mastoidien, que nous n'avons pas trouvée notée dans les ouvrages que nous avons lus, fit de suite songer chez notre malade à une lésion inflammatoire du côté de la veine jugulaire, l'absence de tout symptôme du côté de l'apophyse mastoïde éloignant toute cause tenant à une inflammation périostique, tandis que le subdélirium, les irrégularités du pouls, l'état de faiblesse de la malade, en l'absence de tout autre renseignement, suffisaient à faire songer à une lésion encéphalique ; — 5° Les infarctus gangréneux des poumons ; — 6° L'intégrité des mouvements, l'exagération des courbures et le développement exagéré de l'appareil ligamenteux de la clavicule atteinte de pseudarthrose.

25. Rapport sur la candidature de M. M. Denucé, interne des hôpitaux au titre de membre-adjoint de la Société anatomique ; par le Dr Gérard MARCHANT, membre de la Société.

Parmi les présentations de M. Denucé à la Société anatomique, il en est trois sur lesquelles je tiens à appeler plus spécialement votre attention. Toutes trois ont trait à

des sarcomes primitifs des os. Leur rapprochement me paraît susceptible d'offrir un certain intérêt.

On sait que pour Virchow (1), les tumeurs doivent être distinguées avant tout d'après leur point de départ. Sur cette base, il établit deux groupes principaux : les sarcomes d'origine externe, et ceux d'origine interne, les premiers partant du périoste, les seconds de la moelle. Astley Cooper (2) avait déjà proposé cette classification, et décrit des « exostoses » périostales et médullaires. Les tumeurs périostales sont pour la plupart des formes dures, et l'os y persiste ; les myélogènes forment des tumeurs molles ; pendant leur développement, le tissu osseux disparaît plus ou moins complètement, ou la substance corticale osseuse se gonfle en coques vésiculaires. Plus loin, Virchow insiste sur la puissance d'infection des tumeurs périostales, sur leur propagation non seulement à travers les parties voisines, mais encore sur leur fréquente généralisation. Les observations de M. Denucé semblent avoir été choisies pour remplir les cadres de ce tableau. La première relate un cas type de sarcome myélogène. Les deux autres ont trait à des sarcomes périostaux. Le premier s'est développé rapidement, envahissant par propagation du voisinage les parties voisines. Le second a été suivi d'une généralisation tellement précipitée qu'on peut presque la qualifier de généralisation d'emblée.

Au point de vue clinique, les trois observations présentent bien des points de contact. Les trois sujets sont jeunes, âgés de 18 à 20 ans, arrivés par conséquent à peu près au terme de leur croissance, au moment où la diaphyse et l'épiphyse vont se souder définitivement. Les tumeurs ont eu toutes trois leur point de départ à l'extrémité de la diaphyse d'un os long. Le début a été insidieux et ne s'est révélé que par des signes subjectifs d'une importance médiocre. Puis les tumeurs ont pris un développement rapide, et c'est surtout l'accroissement de leur volume qui a attiré l'attention du malade et l'a poussé à réclamer l'intervention chirurgicale. Une de ces tumeurs, celle d'origine myélogène, était molle, fluctuante, et animée de battements vasculaires. Les autres étaient dures, et leur adhérence profonde à l'os dont elles paraissaient faire partie, pouvait seule faire suspecter leur origine.

Je n'insisterai pas davantage sur la séméiologie de ces

(1) Virchow. — *Path. des tumeurs*. Trad. fr., t. II, p. 255 et suiv.

(2) A. Cooper. — *Surgical Essays*. London, 1818, t. I, p. 155.

tumeurs. Leur origine osseuse était établie. Qu'il me soit permis de faire remarquer que leur point de départ soit dans la substance médullaire, soit dans le périoste, pouvait encore être affirmé d'avance par l'examen des signes physiques. Mais quelques points me paraissent intéressants à noter dans le cas suivi de généralisation.

Il s'agit d'un jeune homme atteint primitivement d'une tumeur de l'extrémité inférieure du fémur. Peu de temps après le début, une tumeur analogue parut dans le maxillaire inférieur. Le développement des deux néoplasmes fut rapide. La tumeur maxillaire causant de graves hémorragies dut être extirpée. Néanmoins, le malade mourut après avoir présenté deux jours seulement avant la mort des signes de broncho-pneumonie. A l'autopsie, on trouva tout un poumon envahi par une infiltration sarcomateuse. Or, les ganglions inguinaux étaient re-tés indemnes. Birkett (1) a signalé un cas analogue, et Virchow (2) rapportant deux cas semblables, s'est demandé quelle était la voie de la généralisation. Dans son cas, il n'en admet nulle autre que le courant sanguin. J. Paget (3) a en effet trouvé chez un malade atteint de sarcome du fémur et secondairement de généralisation pulmonaire, des traces d'infection intermédiaire dans les veines iliaques et dans l'artère pulmonaire. Virchow, étudiant ce cas, admet la possibilité d'embolies « agissant comme semences, » Il est regrettable que dans l'observation qui nous occupe, pareille recherche n'ait pas été faite. Le peu d'importance des symptômes pulmonaires, eu égard à l'étendue des lésions, est encore à noter.

La rapidité de cette généralisation doit arrêter l'attention. Recemment encore, les journaux allemands, et des observations présentées à cette Société même, ont cherché à prouver que les sarcomes d'origine périostique jouissaient d'une facilité de propagation et d'extension plus grandes que les sarcomes médullaires. A première vue, ce fait est difficile à comprendre, étant données les conditions anatomiques et histologiques de la substance médullaire et de la couche sous-périostée. Néanmoins, il a été relevé déjà par plusieurs observateurs et reçoit encore ici une confirmation nouvelle que nous nous bornons à enregistrer.

Chacune des observations de M. Denucé est accompa-

(1) Birkett. — *Guy's Hosp. Rep.* Série 3, vol. III, p. 338.

(2) Virchow. — *Loc. cit.*

(3) Paget. — *Myeloid. Tum* in *Lectures on Surg. Path.*

gnée d'une analyse micrographique détaillée. Dans toutes, mais surtout à propos de la tumeur télangiectasique où cette particularité devenait plus frappante, M. Denucé a fait remarquer combien les vaisseaux proprement dits étaient rares dans le tissu du néoplasme. En revanche, on y rencontre des lacunes plus ou moins nombreuses; la présence dans ces lacunes d'hématies, démontre leur rôle vasculaire. Enfin, le rapport de ces lacunes avec les myéloloxes, est spécialement noté et concorde avec la théorie de M. le professeur Ranvier sur le rôle vaso-formateur de ces éléments. Je vous propose donc de vouloir bien inscrire M. Denucé parmi les candidats au titre de membre adjoint de la Société anatomique.

26. Fistule cervico-pulmonaire, consécutive à un traumatisme, mettant en communication la partie droite du cou avec une caverne du poumon gauche; par HERBLAND MORIN, interne des hôpitaux.

La pièce que je présente provient d'un malade mort d'un érysipèle de la face, salle Saint-Augustin n° 27, à l'Hôtel-Dieu (service de M. MOUTARD-MARTIN).

Ce malade portait au cou, à droite, derrière la clavicule, dans une dépression située immédiatement en arrière du relief du sterno mastoïdien, un orifice assez large pour admettre l'extrémité de l'index jusqu'à la profondeur de 1 centim. 1/2 environ. Par cette ouverture, il rejetait chaque fois qu'il toussait, des matières verdâtres parfaitement analogues aux crachats qu'il expulsait par la bouche. Ces matières étaient en assez grande abondance pour qu'il portât constamment un mouchoir au niveau de l'orifice cervical. Voici les renseignements qu'il donnait à ce sujet: en 1855, au siège de Sébastopol, il avait reçu un balles dans le cou, et depuis, sa blessure ne s'était jamais fermée. On avait cherché la balle, mais il ne savait pas si on l'avait retirée. Pendant plus de 20 ans, jusqu'en 1877, la plaie avait donné constamment issue à du pus, mais en très petite quantité, et, d'ailleurs, sans altération appréciable de son état général. En 1877, il tomba malade. Il paraît à cette époque être devenu tuberculeux. Il contracta une bronchite qui, depuis ne guérit jamais, maigrit beaucoup, eut des hémoptysies. En 1878, brusquement, l'écoulement de sa fistule changea de nature, en même temps qu'il augmentait considérablement. Au lieu d'un suintement de pus absolument indépendant des secousses de toux, ce

furent des crachats bien formés qu'il expulsait à la suite de quintes. Cet état de choses dura jusqu'à sa mort.

L'*auscultation*, quand il entra dans le service, indiquait un état avancé de ramollissement des deux poumons. A gauche, on avait des signes cavitaires très nets. La colonne vertébrale présentait une incurvation notable à convexité postérieure sans déviation latérale, incurvation dont le sommet correspondait à l'apophyse épineuse de la 3^e dorsale. On pouvait donc penser que des *altérations osseuses*, déterminées par le traumatisme primitif, avaient causé une suppuration permanente et l'affaissement de certaines parties du rachis, puisque, plus tard, des lésions pulmonaires et pleurétiques nouvelles, ayant établi des adhérences au niveau des foyers de vieille suppuration, des communications anormales s'étaient ouvertes entre le poumon et l'extérieur.

Cette manière de voir paraît confirmée par l'autopsie. Sur cette pièce on peut voir que la fistule suivie à partir de l'orifice cutané se dirige vers la colonne vertébrale qu'elle atteint à la hauteur de la 7^e cervicale. A partir de ce point, elle descend verticalement sur le côté droit du rachis jusqu'à la 3^e dorsale. Durant tout ce trajet, le périoste est détruit et la paroi postérieure de la fistule est formée par du tissu osseux de couleur grisâtre, irrégulier, rude au toucher. Cette fistule est d'un calibre considérable. Dans ses 3 premiers centimètres, elle peut admettre le petit doigt, plus bas, elle se rétrécit un peu, mais en restant toujours supérieure au manche d'un porte-plume. Au niveau de la 3^e dorsale, le trajet change de direction, de vertical il devient horizontal, il passe du côté droit au gauche du rachis. L'os est plus profondément attaqué, le disque qui sépare la 2^e dorsale de la 3^e est détruit, et les deux corps vertébraux se touchent. Le périoste est conservé en avant, comme un pont. Dans cette dépression profonde, nous avons trouvé libres deux petits fragments d'os nécrosé. Une fois arrivé sur le côté gauche de la colonne vertébrale, le trajet se dirige le long de la côte durant 2 centimètres; puis s'abouche à plein canal dans une caverne de la dimension d'un œuf environ. La balle n'a pas été retrouvée.

27. Bacille en virgule du choléra; par M. BABÈS.

M. BABÈS expose à la Société anatomique le résultat des recherches qu'il a poursuivies, dans le laboratoire de M. le professeur Cornil, sur le bacille virgule du choléra à l'occasion de l'épidémie actuelle.

M. Babès a retrouvé presque toujours, dans 9 cas, le bacille virgule dans les selles et en le prenant à la surface de la muqueuse de l'iléum de cholériques; il l'a cultivé en suivant le procédé de Koch modifié dans quelques détails.

Au lieu d'agiter la parcelle de matière fécale prise dans l'intestin dans de la gélatine liquéfiée par la chaleur, il commence par l'agiter dans de l'eau distillée, stérilisée (5 c. c. environ) et ensemence ensuite avec une gouttelette de cette eau les plaques de gélatine. On peut avantageusement combiner cette méthode avec celle indiquée par Koch.

On obtient facilement des cultures de bacilles virgules sur ces plaques ent. e 18 et 20°. On voit de petits points opaques 15 heures après l'ensemencement, mais ces points ne

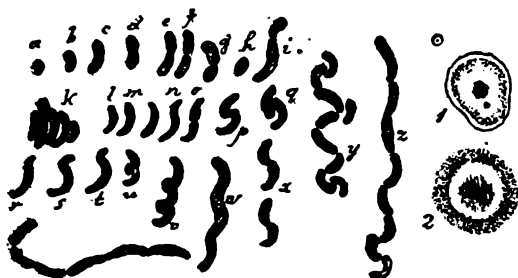


Fig. 127. — *a, b, c, d*, formes du développement et de l'agrandissement des bacilles; *e*, commencement de leur segmentation; *f*, segmentation achevée; *g, i*, formes de la segmentation; *k*, accumulation de bacilles, *l, m, n*, formes allongées de bacille virgule; *o, p, q*, bacilles réunis après la segmentation, *r, s, t, u, v*, filaments allongés et ondulés; *y, z*, filaments segmentés en bacilles qui restent unis.

1, 2, forme des cultures vues à 5 diamètres, à la loupe.

présentent un aspect caractéristique qu'au bout de 20 heures ou même de 24 heures.

En se servant d'un grossissement de 10 diamètres obtenu par la loupe ou le microscope, on distingue nettement des cultures offrant la figure suivante : au centre, un point formé comme par un amas de poussière, autour de lui un premier cercle granuleux et un second cercle plus net, extérieur, non granuleux. Entre le centre et le premier cercle, la gélatine est liquéfiée, ce qui est peut-être le résultat des modifications chimiques attribuables aux bacilles. Ces cultures ont une apparence plus jaunâtre que les cultures des autres microbes des selles; elles sont plus transparentes, leurs cercles sont plus grands, leur point central plus petit (voyez 1 et 2 de la figure ci-dessous).

Au bout de 30 heures on note la confluence de plusieurs cultures qui finissent par se réunir, par se fondre ; on n'a plus alors de figure régulière ; la gélatine est liquéfiée, et dans cette zone liquéfiée nagent de petits flocons. Si on ensemence, en se servant du fil de platine habituel, un tube de gélatine, la culture se présente, deux jours après, sous l'aspect d'une masse grise, transparente, à surface excavée, granuleuse, conique, à sommet dirigé vers le fond du tube, avec un prolongement globuleux, blanchâtre. Si on se sert d'une gélatine plus concentrée (10 : 100), il existe toujours à la surface de la culture une bulle d'air formé par la rétraction de la gélatine voisine et la forme décrite se trouve au fond de cette bulle.

M. Babès a également cultivé le bacille virgule sur du lait, du café, de la viande, des carottes, des légumes, des œufs, du bouillon, des pommes de terre. Les bacilles ne se développent pas sur des fruits frais, cuits ou desséchés, sur des liquides acides, sur la bière ou le vin, sur des conserves contenant peu de liquide, sur la viande salée ou fumée, le fromage. Les bacilles desséchés sur une lamelle sont morts après vingt minutes. Il faut, au préalable, stériliser par la chaleur ces divers milieux, sans cela la culture est impure et le bacille ne se développe pas ou se développe mal.

On peut aussi, en remplaçant la gélatine par l'agar-agar, à la température du corps, obtenir des cultures très rapidement (en 10 heures), mais ces cultures sont moins caractéristiques que celles des plaques de gélatine ; le sérum de bœuf donne des cultures caractéristiques sous la forme des masses globuleuses opaques. L'eau distillée n'est pas un milieu favorable ; au bout de 24 heures on ne trouve plus de bacilles ; en inoculant après 24 heures une partie de cette eau sur la gélatine, on n'obtient rien. En mêlant la gélatine avec 1 : 90.000 du sublimé, après quatre jours, on voit seulement le commencement du développement des bacilles dans la gélatine ; avec 1 : 100.000 de sublimé, le développement est aussi beaucoup retardé, mais, après trois jours, on voit néanmoins une liquéfaction superficielle de la gélatine.

Dans la gélatine liquéfiée, après 24 heures, on constate que les bacilles sont animés de mouvements très marqués, mouvements oscillatoires ou analogues à ceux des spermatozoïdes ; on place pour cela une goutte de culture sur une lamelle reposant sur une lame excavée et chauffée.

M. Babès a poursuivi l'étude de ces bacilles au point de vue morphologique. Pour bien saisir leur forme, il les a

colorés avec le violet de méthyl dilué ($\frac{1}{200}$). Après 10 heures de culture sur l'agar-agar on trouve des bacilles plus petits que le bacille complètement développé, mais déjà un peu incurvés. Après 15 à 20 heures on trouve des bacilles mesurant $0\mu,4$ à $0\mu,5$ d'épaisseur pour $1\mu,5$ de longueur.

Le violet de méthyl se fixe surtout, à un certain moment, aux deux extrémités du bacille (b, c), ce qui a pu faire croire à l'existence de spores. Mais ces parties foncées sont mal limitées; elles sont mobiles, se rapprochent du centre, arrivent à s'y fusionner, puis se séparent laissant entre elles une raie claire; c'est là un commencement de division. Le bacille peut, à cette période, garder cet aspect plus ou moins longtemps ou se diviser (voyez la figure en e, f, i, n, o). C'est de suite, après la division, que les bacilles ressemblent le plus souvent à une virgule (o, p, q); ils offrent une concavité, une convexité, une extrémité plus effilée que l'autre, les deux bacilles restent souvent ensemble, formant la figure d'un S; souvent aussi un seul individu montre cette forme.

Les formes des bacilles dans les cultures peuvent encore varier. Dans des cultures plus anciennes faites sur l'agar-agar (v, w, x, y), ou bien dans des cultures sur des lames creusées, on trouve des filaments en spirales souvent plus gros que les virgules; à côté de ces vrais filaments, il y a des pseudo-filaments qui sont formés par des bacilles juxtaposés bout à bout. Les parties chromatiques du protoplasma de ces filaments se trouvent en ce cas à la limite des individus; leurs courbures sont quelquefois peu marquées.

M. Babès a cherché sans succès le bacille virgule dans des organes autres que l'intestin. Il communique, en terminant, le fait suivant: En ensemençant un tube de gélatine avec un fragment de rein cholérique recueilli avec toutes les précautions voulues, il a obtenu une culture pure de bacilles virgules. Mais comme le fait est unique et qu'il pourrait s'être glissé dans les opérations une cause d'erreur qu'il ne soupçonne pas, il dit qu'on ne pourra affirmer l'existence de ces bacilles dans les organes autres que l'intestin, qu'après de nouvelles recherches. Dans d'autres cas, M. Babès n'avait rien obtenu ou bien il s'est développé, dans un cas plus ancien, avec une dysenterie consécutive au choléra, une bactérie un peu allongée souvent en diplococcus dans la culture du rein, qui ne liquéfiait pas la gélatine.

Séance du 28 novembre.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL.

28. Gros foie. — Grosse rate. — Ostéomalacie. — Syphilis héréditaire ; par M. TISSIER, interne des hôpitaux.

Taken Léon, 19 ans, découpeur sur or, entré le 8 novembre 1883, salle Saint-Jérôme, lit n° 2.

Antécédents héréditaires. — Le père, d'une vie quelque peu désordonnée, serait mort d'une maladie des voies urinaires. Eut-il la syphilis ? L'interrogatoire de la mère, qui paraît avoir son mari en petite estime, laisse soupçonner tout ce que l'on veut de moins flatteur pour la mémoire du défunt, mais ne permet d'arriver à rien de précis. La mère, artritique (urticaire, dyspepsie flatulente, coliques hépatiques et craquements articulaires), bien portante actuellement, ne présentait jamais de maux de gorge ni d'éruptions cutanées durables. Elle eut quatre enfants : deux petites filles sont mortes à deux ou trois ans ; il reste (outre notre malade) un grand garçon de trente ans, tousseur, peut-être tuberculeux. Jamais elle ne fit de fausse couche et tous les accouchements eurent lieu à terme.

Antécédents personnels. — Tout jeune, à six ans, fut admis à l'hôpital Sainte-Eugénie pour le « gros ventre. » On lui aurait fait à cette époque une ponction ayant donné issue à du liquide jaunâtre transparent ? Plus tard, à Genève, en 1871, il eut une affection très indéterminée du membre inférieur gauche ; une contracture survenue rapidement, qu'on dut traiter par le redressement brusque de la jambe et l'extension continue. L'enfant était tout jeune, n'ayant que sept à huit ans, et ne peut fournir de détails bien circonstanciés. Après un traitement très long, il put marcher, aller et venir, mais n'a jamais beaucoup grandi depuis ce moment. Il y a quatre ans, à l'âge de quinze ans, souffrant de faiblesse dans les membres inférieurs et de coliques violentes, il se fit admettre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Péan qui le fit passer presque immédiatement chez M. Ollivier, où il demeura quelques mois. Enfin,

il y a presque deux ans, il fut reçu à l'hôpital Lariboisière et resta plusieurs mois dans le service de M. Siredey, où il eut deux poussées d'érysipèle qui faillirent l'emporter. On constatait alors à peu près tous les signes que nous notons aujourd'hui : gros ventre, ictère, affaiblissement des membres inférieurs. Le petit malade quitta l'hôpital en avril 1883, pour reprendre son état de découpeur sur or, puis est revenu il y a deux mois à la consultation de M. Siredey. Depuis plusieurs semaines, sa faiblesse s'était accrue ; les membres inférieurs refusaient de le porter, la difficulté de marcher augmentait chaque jour, et dernièrement il a fait une chute qui le fait encore souffrir dans tout le côté gauche.

Etat actuel. — C'est un petit garçon tout chétif et souffreteux, de taille exiguë, ne mesurant guère plus de 1 mètre 30 centimètres ; malgré ses dix-neuf ans passés, on ne lui donnerait pas plus de onze à douze ans. La face et tout le corps sont décharnés, les pommettes saillantes, les membres grêles et les muscles atrophiés. Il n'y pas ombre de barbe sur le visage, pas plus que de poils au pubis. Les organes génitaux, absolument glabres, ont subi, comme la taille, un arrêt de développement : la verge est minuscule, et le testicule gauche, dur comme un noyau de cerise, est gros comme un haricot. Le testicule droit n'est pas descendu dans le scrotum. Outre ces caractères généraux d'infantilisme, qui sont des plus frappants au premier abord, on note la coloration jaune-plombé, bistrée, des téguments, et franchement ictérique des conjonctives. La tête est symétrique, sans déformation natiforme ; l'ogive palatine est normale, et les dents en assez bon état ne présentent aucune crênelure ni irrégularité.

Aux yeux, il n'existe aucun vestige de kératite ancienne, ni d'irrégularité pupillaire. L'ensemble de la physionomie est enjoué et l'intelligence est conservée intacte.

Du côté du thorax, il n'y a rien qu'il faille signaler, si ce n'est l'élasticité remarquable du squelette costal. Le cœur et les poumons ont leurs rapports normaux, et ne souffrent d'aucune altération dans leur fonctionnement. La colonne vertébrale n'est déviée dans aucun sens et n'est pas douloureuse à la pression. Toute l'attention se concentre sur l'abdomen. Celui-ci énormément distendu, principalement à la partie antérieure, est sillonné de deux grosses veines médianes qui font suite aux veines superficielles très dilatées des membres inférieurs et vont rejoindre celles de la paroi thoracique. Le développement du ventre paraît à peu près régulier à la vue ; par la palpation

et la percussion on limite dans l'hypochondre droit, s'avancant dans la région de l'épigastre, une tumeur mate, lisse, à bords tranchants, qui n'est autre que le foie notablement augmenté de volume, descendant à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon et rejoignant en dedans, dans la région ombilicale, une autre tumeur. Celle-ci, extrêmement volumineuse et dure, occupe tout l'hypochondre gauche, descend dans le flanc du même côté jusque dans la fosse iliaque, emplit à vrai dire toute la moitié gauche du ventre et même empiète de quelques centimètres au delà de la ligne médiane dans la portion ombilicale. Cette tumeur, qui est la rate hypertrophiée, s'étend assez loin en arrière : elle mesure exactement vingt-six centimètres de long sur trente de large dans ses plus grandes dimensions. Sa consistance est uniformément résistante ; sa surface est lisse, sans inégalités, ni bosselures ; la peau glisse facilement au devant d'elle ; le bord antérieur qui la limite en dedans offre deux découpures en encoche à la partie supérieure. Dans les parties déclives du ventre, il n'y a pas de matité ni de fluctuation. Les membres inférieurs, actuellement tachetés d'un semis purpurique assez discret, un peu confluent seulement au niveau des malléoles, ont été plusieurs fois le siège d'éruptions semblables ; le moindre choc suffit à produire une sugillation ecchymotique étendue. Les membres très maigres l'un et l'autre, sont d'inégale longueur. Du côté gauche, il y a un raccourcissement évident que la mensuration vérifie ; la diminution de longueur porte à la fois sur la cuisse et sur la jambe gauche et même sur le bassin.

Il semble qu'il y ait modification des rapports de l'articulation coxo-fémorale. La diminution de longueur totale est de sept centimètres et demi. Elle doit dater d'assez longtemps, peut-être du temps où le malade fut soigné pour une contracture du membre inférieur gauche et vient peut-être d'une paralysie atrophique de l'enfance ? Avant les difficultés de la marche, de date récente, l'enfant n'éprouvait qu'une gêne extrêmement légère du fait de cette inégalité de longueur des membres inférieurs. Le membre gauche n'est pas seulement raccourci, il est aussi atrophie : les muscles peu développés des deux côtés, sont encore plus maigres à la cuisse et au mollet gauches. La circonférence crurale mesurée, à huit centimètres au-dessus de la rotule, et à gauche de vingt-huit centimètres et demi, et de trente centimètres cinq à droite. Il faut remarquer que le fémur du côté droit présente dans le tiers supérieur

de la diaphyse un épaississement appréciable, ce qui cause en partie la différence de diamètre des deux cuisses. La pression, au niveau des épiphyses du fémur et du tibia des deux côtés, est pénible pour le malade, mais n'est pas douloureuse à proprement parler. Les divers groupes ganglionnaires du cou, de l'aîne et de l'aisselle, n'ont subi aucune hypertrophie. La sensibilité générale et spéciale est intacte ; les garde-robes et la miction s'effectuent régulièrement. L'urine est rendue en quantité habituelle, ne contient ni albumine, ni glucose, et renferme les phosphates en proportion physiologique. L'examen du sang fut pratiqué un grand nombre de fois par Messieurs Chauffard, Martinet, Ettinger, Giraudeau et par nous-même, et n'a jamais montré autre chose que les globules rouges et blancs dans les proportions normales de trois cent pour un. Aucun globule rouge ne contient de noyau, et les globules blancs ne sont pas chargés de granulations pigmentaires. Ainsi, chez ce jeune garçon, on ne peut relever aucun soupçon justifié d'impaludisme, de rachitisme ou de scrofule ; et il est impossible, d'après les examens répétés du sang, d'admettre une leucocythémie.

Le docteur Siredey, préoccupé de s'éclairer dans ce cas difficile, pria de ses collègues de l'aider de leurs avis et accepta cette idée émise par M. le professeur Duplay qu'il s'agissait, dans l'espèce, de manifestations syphilitiques héréditaires, toutes les autres hypothèses ayant été successivement examinées et rejetées. En conséquence, le traitement spécifique fut institué le jour même (10 janvier) : frictions d'onguent napolitain aux aînes : deux grammes d'iodure de potassium par jour. Mais au bout de quatre jours, les gencives, en mauvais état auparavant, se ramollirent, l'haleine devint fétide ; et, comme au septième jour, une éruption miliaire hydrargyrique apparut aux aînes, il fallut momentanément suspendre cette médication. Le 21 janvier, M. le docteur Fournier vint à son tour examiner le malade et déclara très nettement qu'on était, à n'en douter, en présence d'un sujet atteint de syphilis héréditaire. Le volume du foie et de la rate le frappait comme tous les observateurs ; mais des signes moins importants en apparence établissaient sa ferme conviction : l'atrophie des organes génitaux, la dureté caractéristique du testicule, l'existence de cicatrices blanchâtres, linéaires, disposées autour de la bouche perpendiculairement aux lèvres, à peine perceptibles à l'examen superficiel, mais certaines, la présence de semblables cicatrices à la région lombaire ; enfin l'hypérostose du fémur droit. Le groupement de tous

ces signes suffisait, d'après l'éminent professeur de syphiligraphie, pour entraîner la certitude du diagnostic, malgré l'absence des altérations dentaires et cornéennes, et les résultats négatifs fournis par l'enquête.

Le 25 janvier on reprit le traitement iodo-mercurique : deux grammes d'iodure de potassium et vingt centigrammes par jour de proto-iodure d'hydrargyre. Mais une nouvelle éruption de purpura étant survenue le 29 janvier, on interrompit encore le traitement pour quelques jours. Le 3 février, les taches purpuriques s'étant en partie effacées, on remit l'enfant au traitement mixte : deux cuillerées de sirop de Gibert par jour.

Le 13 février, une nouvelle poussée de purpura couvrait les deux membres inférieurs si bien qu'on résolut d'arrêter pour un temps la médication qui, très mal supportée depuis un mois, n'avait encore amené aucun changement avantageux.

Dans les derniers jours de février, l'épaississement du fémur qui n'avait pas beaucoup attiré l'attention jusque-là, s'accusa davantage, et peu à peu la cuisse droite augmenta de volume dans des proportions notables.

Vers les premiers jours de mars, elle présenta à la partie externe une sensation molle de fluctuation tellement apparente que tout le monde crut à une collection liquide due, selon toute probabilité, à la suppuration de la périostite. Cependant il n'y avait pas de fièvre, et les douleurs dans la cuisse n'étaient pas très violentes.

Le 15 mars, le professeur Duplay fit en dehors de la cuisse, à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen, une large et profonde incision qui, à la grande surprise du chirurgien et des assistants, ne donna écoulement qu'à du sang. La plaie se cicatrisa rapidement, derrière un pansement de Lister légèrement compressif; et, sous l'effet peut-être du débridement, la cuisse diminua très vite de volume, mais le fémur resta, d'une façon appréciable, plus gros qu'il n'était en janvier. Les choses restèrent ainsi pendant les quatre mois qui suivirent : Avril, mai, juin et juillet. On essaya, à deux ou trois reprises, de remettre l'enfant au traitement spécifique; mais l'intolérance manifeste pour les préparations iodo-mercuriques, l'irrégularité de l'administration, conséquence forcée de l'intolérance, et, enfin de compte, le peu de succès obtenu par ces tentatives, firent qu'on y renonça pour ne plus administrer que des préparations toniques. Pendant tout ce temps, l'état général resta stationnaire; la rate un jour, dépassant les limites qu'on lui avait trouvées dans le courant de janvier,

et qui se voyaient imprimées au nitrate d'argent sur les téguments, un autre jour revenait aux dimensions qui lui avaient été assignées : somme toute ne variait guère ou présentait une légère tendance à augmenter. Pour le foie, il en était de même. Du côté des autres organes, il ne se présenta rien de nouveau. La cuisse était dans les conditions que nous venons de dire et ne causait aucune souffrance. Cependant le malade, de plus en plus faible, bien que l'appétit fût à peu près conservé, ne pouvait plus, comme précédemment, faire quelques pas dans la salle, et venir se placer à la fenêtre voisine. Il dut, à partir de ce temps, garder le lit d'une façon absolue.

En août, dans les premiers jours, la tuméfaction de la cuisse réapparut, comme au mois de mars, avec tension extrême des téguments, douleur profonde, et toutes les apparences de la fluctuation la plus franche. M. le Dr Reynier, suppléant le professeur Duplay, fut appelé, et, bien que prévenu de la déception précédemment éprouvée, déclara qu'il s'était vraisemblablement formé une collection de pus autour de l'os malade, à laquelle on devait donner écoulement. L'incision, pratiquée le 8 août, ne fut pas plus heureuse que la première et, en dépit de toutes les explorations du stylet, ne donna issue qu'à du sang. La plaie fut pensée comme la première fois à l'acide phénique et se cicatrisa en peu de temps. Mais l'affaissement de la tumeur fut moins marquée qu'après la première incision et les douleurs persistèrent sourdes et tenaces. Le malade, qui avait jusqu'alors la possibilité de s'asseoir et de se tenir dans un fauteuil pendant qu'on refaisait son lit, à partir du milieu d'août, dut rester coucher constamment sur le dos ou sur le côté gauche. L'ictère et la dilatation abdominale étaient les mêmes, la rate avait très légèrement, par sa base, dépassé son ancienne délimitation. Peu à peu, la santé générale s'altéra, l'appétit se perdit; les digestions devinrent difficiles; puis en octobre la cuisse prit, à sa partie supérieure, un développement énorme : les veines sous-cutanées formaient des lacis bleuâtres serrés comme au niveau des tumeurs de mauvaie nature; le pli fessier et le pli inguinal s'effacèrent, la peau rougit légèrement et la sensation de fluctuation revint plus nette que jamais. La nuit les douleurs, jusqu'à ce jour supportables, deviennent extrêmes, non seulement au niveau de la région tuméfiée, mais tout au long du fémur jusqu'au genou. Le moindre ébranlement pour déplacer le malade est horriblement ressenti; et des secousses lancinantes parcourent tout le membre, « aussi douloureuses que si on le broyait. » La pression

des doigts au niveau de l'épiphyse inférieure cause autant de souffrance qu'au niveau de l'épiphyse supérieure. Le 15 octobre le professeur Duplay donne un nouveau coup de bistouri qui, cette fois, fait sortir une assez grande quantité de sanie sanguinolente et purulente : la tumeur s'aplatit légèrement, mais il est évident qu'on n'a vidé qu'un foyer développé au milieu d'un tissu de néoplasme. Le fémur est masqué derrière une coque épaisse et résistante de tissus qui englobent toute son extrémité supérieure et qui pénètrent en irradiant les diverses couches musculaires interposées jusqu'à la peau. L'enfant fut un peu soulagé par la dernière opération ; on laissa un drain à demeure pour faciliter l'évacuation complète du foyer hématique ; vers la fin du mois, le drain de jour en jour raccourci, fut enlevé et la plaie se referma.

Le 8 novembre, sans cause connue, le malade eut une violente diarrhée avec vomissements abondants. C'était le début de l'épidémie cholérique, et on hésita quelques instants sur l'interprétation de la nature de ces accidents. Sous l'influence de la médication éthéro-opiacée, les troubles gastro-intestinaux disparurent rapidement, mais on essaya vainement de ranimer les forces du malade. Quinze jours plus tard, le dimanche soir 23 novembre, la diarrhée revint bientôt accompagnée des vomissements incoercibles, d'altération des traits, d'émaciation rapide, de petitesse du poulx, de sueurs froides visqueuses, et le surlendemain 25, sans refroidissement manifeste, sans crampes bien accusées, malgré la persistance de la sécrétion de l'urine presque aussi abondante qu'à l'état normal, et en dépit des frictions, de l'éther, du laudanum, de l'eau-de-vie et du vin de Champagne, la mort survint dans le collapsus. Dans les derniers jours qui précédèrent l'agonie le ventre s'excava, et la tumeur constituée par la rate diminua d'un tiers de son volume à ce point qu'on se demandait s'il ne s'était pas fait une rupture dans l'abdomen. Mais, en vérité, cette réduction considérable était due à l'abondance des vomissements et du flux intestinal qui exprimaient en quelque sorte tous les viscères.

AUTOPSIE pratiquée le jeudi 27 novembre à huit heures du matin, 18 heures après la mort. — *Thorax*. L'ouverture de la poitrine montre qu'il n'y a dans les plèvres ni dans le péricarde aucune trace d'épanchement. Des adhérences assez nombreuses, mais peu résistantes, fixent le poumon droit à la paroi. Il n'y a ni induration, ni congestion très vive, ni invasion tuberculeuse d'aucun lobe pul-

monaire droit ou gauche. Pas d'infarctus ni d'hémorrhagie intra-lobulaire ou sous-pleurale. Le cœur petit, contient du sang liquide, poisseux; sans caillots; les ventricules et les oreillettes ont leurs dimensions normales. Les orifices *aortique* et *pulmonaire* sont suffisantes et l'inspection des diverses valves ne dénote aucune espèce de lésion. On trouve quelques nodules athéromateux jaunâtres, minuscules, plus petits que des grains de chénevis, dans la tunique interne de l'aorte au-dessus des sigmoïdes. Il existe encore quelques traces d'athérome sur le trajet de l'aorte thoracique. Dans la *cavité abdominale*, il n'y a pas de péritonite; pas du tout de liquide, pas la moindre adhérence entre les divers replis péritonéaux. La *rate* à gauche, et le foie à droite, font un relief manifeste bien qu'infiniment moins marqué que durant la maladie. La rate est d'un tissu ferme et sclérosé; la capsule gris-bleuâtre épaisse qui l'enveloppe, légèrement ridée, présente à sa partie inférieure une plaque gris-blanchâtre épaisse de quelques millimètres, tache laiteuse d'ancienne date. La coupe est noir-ardoisé et ne tarde pas à se colorer d'un rouge vif après exposition à l'air: le tissu splénique est assez ferme et ne se laisse que malaisément déprimer par le doigt. La déchirure en est presque impossible; pas de boue splénique. On voit sur la coupe quelques traînées blanchâtres de sclérose interstitielle. Il n'y a nulle part d'abcès, d'infarctus, ni de gomme. La rate, échancrée légèrement sur son bord antérieur, mesure de haut en bas, 24 centimètres, et d'avant en arrière six centimètres et demi. Son poids est de 1380 grammes. Le *foie*, jaunâtre à la surface, est gros eu égard à la taille et aux dimensions du corps du sujet, mais absolument est de poids normal: il pèse 1380 grammes. La surface est inégale, grumeleuse surtout dans la partie la plus externe du lobe droit. A la coupe, il montre une teinte jaunâtre franche et les saillies granuleuses de la surface apparaissent encore plus accentuées. Nulle part de rétraction cicatricielle, rien de l'apparence ficelée des foies syphilitiques classiques. On ne découvre nulle part de foyer gommeux ou purulent, si multipliées que soient les coupes. La vésicule est remplie de bile noir-verdâtre. Il n'y a dans le canal cholédoque, ni dans le canal cystique aucun obstacle appréciable au cours de la bile. La muqueuse de l'estomac, fortement colorée en rouge-sombre, contient des matières liquides sanguinolentes en grande quantité. La muqueuse du duodénum présente la même teinte rouge. Dans la presque totalité de l'intestin grêle, mais surtout

dans la dernière portion, on voit en très grande abondance des granulations blanchâtres psorentériques former un semis serré, ininterrompu. Les plaques de Peyer très manifestes ne présentent aucune altération. La coloration de la muqueuse intestinale est normale, gris-rosé, sans vascularisation extraordinaire. Le gros intestin n'offre aucune particularité notable. La culture de la raclure intestinale dans le bouillon de bœuf gélatinisé et peptonisé donne naissance à un grand nombre de colonies très réfringentes qui se comportent dans les tubes stérilisés comme les cultures de bacilles du choléra et qui sont en effet reconnues après coloration à la fuschine, pour des bacilles en virgule manifestes. Les reins, violacés dans la portion des tubes, blanchâtres dans la région glomérulaire, sont gros et mollasses; leur surface est légèrement adhérente à la capsule et se laisse déchirer par la décortication. Le bassin n'est pas agrandi; les uretères sont normaux; les capsules surrénales sont saines. La vessie ne contient pas d'urine. L'urèthre est sain. Le testicule du côté gauche est petit, comme un gros pois, dur comme une bille. Il a été confié à M. Barthélemy qui doit en pratiquer l'examen. Le testicule du côté droit n'était pas descendu et n'a pas été retrouvé dans le ventre. *Cavité crânienne.* Les méninges, légèrement œdématisées malgré la diarrhée profuse de la fin de la vie, ne portent aucune trace d'exsudats ni vers le cerveau ni des côtés des os du crâne, les veines sont fortement distendues par le sang. L'examen de l'écorce et des coupes du cerveau ne décèle aucune altération. La base du crâne est normale et ne porte ni exostose, ni ostéophyte. La voûte est également régulière, mais le tissu osseux n'a pas une consistance très dure; sous le marteau, la lame externe s'infléchit et se casse mal. Cette élasticité des os est générale; on peut facilement couper ou traverser les côtes avec le couteau; les os iliaques se laissent traverser de la même façon. Mais cette altération du tissu osseux est surtout prononcée du côté des membres inférieurs.

Le fémur du côté droit, reconnu malade pendant la vie, est enlevé. Vers l'union de son tiers supérieur et de ses deux tiers inférieurs, il faut le débarrasser d'une masse musculaire envahie par des traînées gris blanchâtre, demi-transparentes, qui ont pénétré presque toute l'épaisseur des muscles et les font ressembler en certains points à du tissu cancéreux. Ce tissu lardacé, irrégulièrement réparti dans la cuisse, infiltré d'une façon diffuse à travers les muscles, plus abondamment répandu autour de la partie

supéro-moyenne de la diaphyse, vient jusqu'à la peau au niveau de la région externe où les incisions chirurgicales ont été pratiquées. On ne trouve au milieu de ces tissus aucun foyer de pus ou de sang. Le fémur est ramolli dans sa totalité, renflé légèrement à son épiphyse inférieure. A la partie moyenne, on constate une fracture spontanée; le périoste est en partie décollé et au-dessous se meut un fragment osseux, ramolli comme le reste de l'os, séparé transversalement par un trait de cassure irrégulière de la partie supérieure de la diaphyse et par un autre trait de fracture transversale de la partie inférieure. Ce fragment mesure 8 centimètres 5, il n'est pas tout à fait libre et indépendant, rattaché par quelques brides fibreuses lâches et quelques lamelles d'os ramolli au corps du fémur par en haut et par en bas. Sa surface est piquée d'un grand nombre de petits pertuis et de fins sillons ressemblant à des vermoulures par où s'échappe à la pression une bouillie médullaire rougeâtre abondante. Ce piqueté et ces petites rugosités existent encore à la surface de l'os au-dessus et au-dessous du fragment, moins accusées. Tout autour du fémur, le périoste, assez adhérent, est très épaissi; notamment à la partie inférieure, près de la bifurcation de la ligne âpre, il présente un épaississement quasi-nodulaire gris rosé, de consistance élastique, s'enfonçant dans le tissu osseux ramolli et se confondant avec lui.

Ce tissu de néoformation a la même apparence que le tissu des fusées intra-musculaires décrites plus haut et semble être du tissu gommeux. Les articulations de la hanche et du genou sont saines; la rotule a ses caractères normaux. A la coupe longitudinale du fémur, le canal médullaire apparaît considérablement agrandi, rempli de moelle rouge fœtale, au milieu de laquelle court de haut en bas une rigole sinueuse, dilatée en certains points, rétrécie en d'autres, contenant une substance caséuse, couleur terre glaise foncée ou de matière fécaloïde. Cette substance n'est séparée du tissu médullaire qui l'enveloppe de toutes parts par aucune cloison. La plus large dilatation de cette rigole correspond à l'extrémité inférieure du fragment osseux mobile; c'est en ce point que le tissu compacte de l'os, partout très aminci, est le moins épais; c'est ce qui explique la solution de continuité qui s'est produite spontanément à ce niveau.

Le tibia du côté droit, comme le fémur, a une consistance molle, élastique remarquable, telle qu'on peut le couper longitudinalement avec de simples ciseaux, sans effort, comme du carton mouillé. Il n'y a pas de production

périostique ni ostéophytique à la surface tibiale. A la coupe, le canal médullaire par raréfaction du tissu osseux, extraordinairement agrandi, contient une moelle rouge très vascularisée. A la partie inférieure, un peu au-dessus de la malléole, la moelle est beaucoup plus pâle, et sur une étendue de 5 à 6 centimètres contraste singulièrement par sa coloration jaunâtre sur la couleur rouge vif de la moelle des parties supérieures. — Le *péroné* est mou et flexible comme un os décalcifié; il ne présente pas d'autres altérations. — L'*articulation coxo-fémorale* gauche est normale, et le fémur de ce côté, très mou comme tous les autres os du squelette, n'offre aucune particularité autre à signaler.

Examen microscopique, par M. A. Siredey, chef du laboratoire d'histologie des hôpitaux. — *Rate*: Les coupes de la rate montrent de nombreuses lésions irrégulièrement dans le parenchyme splénique. Elles se rencontrent principalement à la périphérie de la rate et le long des vaisseaux artériels. La capsule de la rate est considérablement épaissie; il en est de même des prolongements qu'elle envoie dans la pulpe splénique. Ces travées fibreuses modifient un peu l'aspect général de la rate sur les coupes. Cependant, la trame réticulée reste assez nette dans les intervalles de ces tractus, et les cellules lymphatiques qui s'y trouvent ne diffèrent pas sensiblement des conditions normales. Les lésions les plus nettes se rencontrent sur les ramifications du système artériel. Au lieu de l'aspect réticulé que présentent habituellement les couches externes de ces artères, on constate un épaississement fibreux à peu près homogène, de telle sorte que la gaine lymphoïde des artères spléniques est remplacée sur un grand nombre de points par du tissu fibreux ne contenant que de rares noyaux.

Une modification analogue s'observe au niveau des corpuscules de Malpighi. Quelques-uns sont complètement transformés en amas irréguliers de tissu fibreux, dans les lacunes duquel se rencontrent quelques globules sanguins. Sur quelques points, ces masses fibreuses forment de véritables tumeurs. Toutefois, on rencontre des follicules ayant conservé l'apparence normale.

Nulle part on ne voit d'amas caséeux ou de tumeurs embryonnaires pouvant donner l'idée de tubercules ou de gommes.

En résumé: *Dégénérescence fibreuse des éléments lymphoïdes* sur un grand nombre de points.

Foie. Les coupes du foie présentent des altérations très

accentuées et qui portent presque exclusivement sur le tissu conjonctif interlobulaire. A un faible grossissement, on voit que la surface de la préparation est divisée en anneaux irréguliers par des bandelettes épaisses de tissu conjonctif. Ces anneaux fibreux entourent un certain nombre de lobules dont les éléments sont plus ou moins altérés. En général, des prolongements fibreux se retrouvent à la périphérie de chaque lobule, et on voit par places de petites trainées fibreuses qui divisent irrégulièrement les diverses parties d'un même lobule. Quelquefois, plusieurs lobules réunis dans un même anneau sont traversés par des trainées conjonctives irrégulières. Le tissu conjonctif est peu riche en noyaux; les canaux biliaires ne sont pas le siège d'une prolifération active. On ne voit pas à la périphérie du lobule les tubes épithéliaux que l'on y rencontre généralement. Les cellules hépatiques sont relativement peu altérées. Quelques-unes sont graisseuses, mais elles sont seulement troubles et plus granuleuses qu'à l'état normal pour la plupart.

En résumé : *Sclérose à peu près généralisée, affectant principalement le type annulaire avec conservation relative des cellules hépatiques.*

Tissu musculaire dégénéré. Les coupes qui ont été faites au niveau des tumeurs intra-musculaires montrent que les fragments recueillis sont presque entièrement constitués par des tissus altérés. L'élément musculaire normal a pour ainsi dire complètement disparu. A peine trouve-t-on sur de nombreuses préparations quelques fibrilles qui présentent encore des traces de striation. Ces fibrilles sont en quelque sorte perdues au milieu du tissu de nouvelle formation. Celui-ci consiste en une masse fibreuse assez homogène, présentant quelques mailles remplies d'éléments embryonnaires, quelques blocs irréguliers, d'apparence vitreuse, colorés en jaune rougeâtre par le picrocarmin et qui se montrent tantôt isolés, tantôt réunis bout à bout en trainées régulières. Ces éléments informes paraissent être des fibrilles musculaires dégénérées, ayant complètement perdu leur striation.

En résumé : *Dégénérescence complète des muscles.* L'élément contractile, strié, ayant fait place presque partout au tissu embryonnaire dû au tissu fibreux.

Os. De nombreuses coupes faites en divers sens sur le trajet du tibia, en divers points de la diaphyse, montrent que le tissu compact offre tous les caractères que l'on rencontre habituellement dans le tissu spongieux. En effet, les canaux de Havers sont considérablement agrandis et

les lamelles de substance osseuse qui les entourent sont réduites à une très minime épaisseur. Il y a, en un mot, la même disposition que présente normalement le tissu spongieux. On voit en outre à la face interne des lamelles osseuses qui enveloppent les canaux de Havers une couche irrégulière constituée par des cellules de nouvelle formation, et qui semblent former une couche intermédiaire entre la lumière du canal et la paroi osseuse. Ces cellules sont tantôt arrondies, tantôt fusiformes. Quelques-unes semblent s'anastomoser par des prolongements effilés. Sur la plupart des coupes, cette couche est mal limitée du côté interne, tandis que du côté de l'os elle est très facile à distinguer par la différence de coloration.

Il est évident qu'il s'agit là d'une multiplication des éléments embryonnaires de la moelle. Ces altérations se rencontrent d'une façon à peu près uniforme sur toutes les coupes qui ont été faites en divers points de la diaphyse du tibia. Sur quelques coupes, cependant, on observe des prolongements fibreux qui émanent du périoste considérablement épaissi. On ne voit nulle part d'éléments cartilagineux.

En résumé : La lésion osseuse paraît consister principalement dans une *ostéite avec agrandissement des canaux médullaires et transformation embryonnaire*.

M. CHAUFFARD a vu le malade il y a un an. A cette époque, en présence de la cachexie générale, de l'augmentation de volume du foie et de la rate sans autre symptôme, on avait pensé à la pseudo-leucémie. Le sang a été examiné à plusieurs reprises ; jamais on n'a trouvé les globules blancs en nombre exagéré.

Si l'on remarque qu'il n'existe aucune lésion des viscères que l'on puisse attribuer à la syphilis héréditaire, que le traitement spécifique est demeuré sans résultat, on est amené à penser à la pseudo-leucémie et en particulier à la forme myélogène.

M. CORNIL dit qu'il serait nécessaire de pratiquer l'examen histologique et de chercher s'il ne s'agit pas de l'ostéomaclacie.

29. M. DALCHÉ présente une volumineuse tumeur de l'un des reins. Les tumeurs plus petites, d'aspect adénomateux, existent dans le rein du côté opposé.

30. M. DUBREUIL montre la moelle d'un enfant atteint de

torticolis, avec un abcès à la région cervicale. La moelle, revêtue de ses enveloppes, est très épaissie du bulbe à la région dorsale. Il paraît y avoir du pus infiltré à la région postérieure, entre la pie-mère et la dure-mère, et du pus répandu dans le canal de l'épendyme. Ce pus communiquerait avec l'intérieur par une sorte de conduit adhérent à la dure-mère.

31. M. METAXAS montre des reins chirurgicaux. Le malade a présenté des phénomènes qui, à cause de l'abaissement de la température, ont empêché de faire un diagnostic précis entre l'urémie et la septicémie.

32. Hernie diaphragmatique chez un adulte, par M. A. CAYLA, interne des hôpitaux.

Le malade dont je présente les pièces était entré à l'Hôtel-Dieu (service de M. HÉRARD) pour des accidents qui remontaient à cinq jours. C'était un ouvrier plombier, âgé de 32 ans, d'une bonne constitution.

Il n'a comme signe d'intoxication saturnine que le liseré gingival. Il nous raconte en outre qu'il a été pris, il y a six ans environ, de vomissements avec constipation. Ces accidents, que l'on avait à ce moment-là rapporté à une colique de plomb, peuvent s'interpréter d'une autre façon, comme on va le voir par la suite.

Il nous raconte à son entrée (21 novembre), qu'il y a cinq jours, à la suite d'un effort violent fait en soulevant une lourde pièce de fonte, il a ressenti une violente douleur à la base de la poitrine à gauche. Il a pu, malgré cela, continuer à travailler; il a même déjeuné sans peine, et ce n'est que deux heures après son repas, qu'il a vomi ses aliments. Ces vomissements s'accompagnaient d'une douleur vive au creux épigastrique, et se répétaient chaque fois que le malade ingérait quelque boisson.

Il a été vu pendant trois jours en ville par un médecin. Le traitement a consisté en purgatifs et révulsifs au creux de l'estomac.

Son état s'aggravant, il se fait transporter à l'hôpital. Sa figure est fatiguée, les yeux sont cernés, il est tourmenté par des vomissements incessants, qui ont amené une prostration assez marquée. Il vomit abondamment des matières filantes, noirâtres; les liquides seuls peuvent passer, mais ils sont rendus quelques instants après. Le pouls est petit, faible; les extrémités ne sont pas refroidies. La langue est

rouge et pointue; il nous affirme que depuis quelques jours il ne va plus à la selle, et que le purgatif donné en ville au début a à peine provoqué une évacuation de matières. Depuis, il n'a pas rendu de gaz par l'anus. De plus, c'est à peine s'il a uriné quelques centimètres cubes d'urine en vingt-quatre heures. L'examen ne permet pas d'y rien découvrir d'anormal.

En présence de ces signes, notre première idée fut que le malade avait une occlusion intestinale, et nos premières investigations furent dirigées dans ce sens. L'absence de hernie nous amena à penser que la cause de l'obstruction siégeait dans la cavité abdominale, mais la palpation ne nous permit pas de rien découvrir; de plus, le ventre est manifestement rétracté; on provoque de la douleur en déprimant la paroi au creux épigastrique. Les jours suivants, l'état du malade s'est aggravé progressivement, sans qu'aucun phénomène nouveau vint s'ajouter à ceux décrits plus haut.

Mêmes phénomènes d'obstruction, avec une rétraction de plus en plus accusée du ventre, fait dont l'explication nous échappait complètement et qui allait mal avec l'hypothèse d'une obstruction.

L'affaiblissement du malade a fait de rapides progrès; il a pris le facies grippé, en même temps que ses extrémités se refroidissaient. Dans la nuit du 24, il est pris de hoquet, et il meurt le 25 au matin dans le collapsus. Dans la journée du 24, l'ingestion des liquides était devenue si difficile et si douloureuse, que le malade refusait de boire.

AUTOPSIE. — La paroi abdominale ouverte, ce qui frappe tout d'abord l'attention, c'est le peu de place qu'occupe la masse intestinale; les anses sont affaissées, le gâteau intestinal est appliqué contre la colonne vertébrale. Le foie occupe tout le creux épigastrique. Il n'y a pas trace de péritonite. On n'aperçoit pas l'estomac, le grand épiploon est ramassé au-dessous du bord inférieur du foie. En soulevant le foie, on n'aperçoit pas davantage l'estomac; sous le diaphragme, il existe une masse constituée par le grand épiploon, qui recouvre une ouverture du diaphragme, par laquelle le corps de l'estomac a pénétré dans la cavité thoracique. Après avoir enlevé le plastron sternal, on constate aisément la disposition réciproque des parties. Le corps de l'estomac, très dilaté et presque rempli de liquide, occupe la cavité gauche du thorax. Le poumon a été refoulé jusqu'à la partie supérieure. Il n'y a pas d'enveloppe à l'estomac qui constitue un sac à la hernie. Au niveau de l'ori-

fice, qui présente les dimensions d'une pièce de 5 francs; voici la disposition qu'affectent les parties. Le cardia et le pylore sont dans l'abdomen; l'estomac a dû subir un mouvement de bascule qui a amené la grande courbure à passer dans la poitrine; au niveau de l'orifice, il a subi un mouvement de torsion sur son axe. Le doigt entre difficilement dans l'anneau, et l'on éprouve quelque peine à réduire la hernie. Au niveau de l'anneau, l'estomac présente une coloration rouge sombre due à la constriction qu'il subissait à ce niveau; cette coloration est encore plus accusée à la face interne, le long de la petite courbure; il existe des arborisations vasculaires très nettes. Sur la grande courbure, il existe une perte de substance de quelques millimètres; la muqueuse et la musculuse sont détruites; les bords sont irréguliers, vascularisés. On trouve encore deux petites érosions superficielles.

L'œsophage est normal, il ne présente pas de dilatation; en suivant la muqueuse, on remarque que la coloration reste d'un blanc mat jusqu'au niveau de la partie qui traverse l'anneau, à cet endroit seulement commence la coloration rouge brun que nous venons de signaler. Il y a donc eu à ce niveau un degré de constriction assez marqué, et peut-être a-t-il amené l'érosion que nous avons décrite, et que l'on peut comparer à celles que l'on voit dans les hernies étranglées. L'orifice du diaphragme est circulaire, il siège dans la partie charnue du muscle entre la foliole gauche et la foliole moyenne du trèfle aponévrotique. Un paquet du grand épiploon adhère à la moitié externe de l'orifice. La rate adhère à la face inférieure du diaphragme par l'épiploon gastro-splénique. Au bord de l'orifice le péritoine semble se continuer directement avec la plèvre. D'autre part, nous signalerons une dégénérescence graisseuse du foie, granulo-graisseuse des reins, et la présence de quelques tubercules aux sommets. Surcharge graisseuse de tous les viscères, due à l'alcoolisme.

RÉFLEXIONS. — En présentant les pièces à la Société anatomique, nous avons cru pouvoir affirmer que nous nous trouvions en présence d'une hernie congénitale, pour les deux raisons suivantes: l'absence de sac et la régularité que présentaient les bords de l'orifice. M. Quenu m'objecta que ces deux raisons n'étaient pas suffisantes, que l'on connaissait des hernies de l'adulte sans sac, que d'autre part la régularité des bords de l'orifice n'était peut-être qu'apparente, et que la dissection minutieuse de ses par-

ties constituant pourrait peut-être modifier mon opinion. Je dois dire qu'après l'examen auquel je me suis livré je me range à l'opinion de M. Quenu. Voici les résultats de cette dissection. J'ai détaché avec soin les deux séreuses qui recouvrent l'orifice; arrivé au bord, dans le point où ces deux membranes s'unissent, leur fusion n'est pas intime; elles ne se continuent pas directement l'une avec l'autre, comme si elles ne constituaient qu'une seule et même membrane, ce qui devrait être si la lésion remontait à la période de formation embryonnaire. L'orifice débarrassé de ses deux séreuses présente une forme ovulaire. En suivant les faisceaux de fibres musculaires qui l'avoisinent, on ne remarque aucune rupture, ceux qui constituent les bords mêmes de l'orifice peuvent être suivis jusqu'aux deux extrémités de l'ovale où on retrouve les faisceaux d'origine. Il semble donc qu'il y a eu un simple écartement de ces faisceaux.

C'est donc une hernie de l'adulte, et il est vraisemblable d'admettre que l'orifice du diaphragme existait depuis longtemps. Les accidents que le malade a présentés il y a six ans (vomissements, constipation) et qui ont été rattachés à une colique de plomb, n'étaient-ils pas déjà les premiers signes d'une hernie qui commençait à se former et qu'un effort violent a constituée définitivement. La chose est des plus probables, d'autant que, depuis ce temps-là, le malade n'a jamais eu de nouvelle colique de plomb. L'existence d'une adhérence d'un diverticulum du grand épiploon avec la base du poumon gauche, qui existait chez ce sujet, prouve également que la perforation du diaphragme existait depuis longtemps.

33. Malformation congénitale du cœur. — Canal faisant communiquer l'extrémité du ventricule droit avec l'origine de l'aorte; par M.-A. CAYLA, interne des hôpitaux.

Le 4 novembre 1884 entrant à l'Hôtel-Dieu (service de M. HÉRARD), Montégut Louise C'est une robuste femme de 34 ans qui vient pour accoucher. Elle a ressenti les premières douleurs dans la nuit. Elle a déjà eu 4 grossesses, toutes menées à terme sans accident. Depuis trois mois, elle ressent dans le bas-ventre une pesanteur inusitée qui l'oblige à s'asseoir souvent.

Dans la journée elle met au monde deux enfants, le premier qui vient à deux heures, le second est extrait à cinq heures par la version podalique. Les deux enfants sont très bien portants en apparence et d'égal volume. Le lendemain, lorsque l'on met les enfants au sein, on remarque que le premier-né ne peut teter. Il saisit le mamelon, mais ne fait pas de mouvement de succion, ce dont on s'assure également en introduisant le petit doigt dans la bouche. En même temps l'on remarque que les mains sont bleues et froides, la respiration est courte. Les jours suivants cet état persiste, on soutient l'enfant avec quelques cuillerées à café de lait qu'il avale sans trop de peine. Malgré toutes nos investigations nous ne parvenons pas à saisir la raison de cette impossibilité à teter. L'auscultation des poumons permet de reconnaître que l'air pénètre à peine dans la poitrine. Les battements cardiaques se perçoivent sur une grande surface, mais on n'entend aucun souffle. Les jours suivants l'état de l'enfant s'aggrave, l'asphyxie s'accuse tous les jours davantage, le dernier jour sa respiration n'est plus qu'un hoquet convulsif, et il meurt le 14 novembre. Les phénomènes qu'il nous avait été donné d'observer pendant les quelques jours qu'avait vécu cet enfant, nous rappelèrent le cas d'un petit enfant, qu'il nous avait été donné de voir dans le service de M. le professeur Tarnier à la Maternité, qui, bien conformé en apparence, ne survécut que quelques heures, et à l'autopsie duquel nous trouvâmes une malformation organique.

AUTOPSIE. — Le cœur est considérablement augmenté de volume, il est globuleux et remplit presque à lui seul la partie gauche du thorax. On n'aperçoit pas le poumon de ce côté, à droite, le poumon a ses dimensions normales. Retirés de la cavité thoracique, les viscères présentent les particularités suivantes : Le poumon gauche a à peine le tiers du volume normal, quelques faibles portions seulement ont respiré. A droite, le poumon, quoique volumineux, est atelectasié dans les deux tiers de son volume. A la coupe, on s'assure encore mieux de cet état. Les autres organes sont sains. C'est sur le cœur seulement que la malformation a porté. Le cœur a la forme d'un prisme triangulaire, présentant une face antérieure, une postérieure et une à droite formée par le ventricule droit. Il mesure 7 centimètres $1/2$ de hauteur sur une largeur de 6 centimètres. Le ventricule droit constitue au moins les deux tiers de son volume total, le gauche est considérable-

ment réduit. Après avoir coupé la pointe du cœur, on remarque à droite de la cloison interventriculaire, que le ventricule de ce côté est divisé en deux cavités. A gauche de la cloison, le couteau touche à la limite inférieure d'une troisième cavité, celle du ventricule gauche, de sorte que la pointe du cœur est exclusivement formée par le ventricule droit. On incise suivant les deux cavités le ventricule droit. Une de ces sections conduit dans l'artère pulmonaire, l'autre à l'origine de l'aorte, au niveau des valvules sigmoïdes. On sectionne le ventricule gauche, et on arrive dans l'aorte également. Ces trois sections ouvrent trois cavités, dont on peut se rendre un compte exact : Deux cavités ventriculaires, la droite très dilatée, à parois épaisses, la gauche très réduite à parois faibles, et entre les deux une troisième, creusée dans le tissu du cœur, séparée du ventricule droit par une cloison d'un centimètre d'épaisseur, du gauche par la cloison interventriculaire, d'une épaisseur normale, qui, en aucun point, ne présente de solution de continuité. La direction de ce canal est oblique ; par son extrémité inférieure, il s'abouche dans le ventricule droit, en haut, il vient finir dans l'aorte. Il a la forme d'un entonnoir, dont l'extrémité inférieure admet l'extrémité du petit doigt, dont la supérieure a les dimensions d'une plume de corbeau. Lisse dans les deux tiers supérieurs, la surface interne présente dans la partie inférieure des inégalités, comme la surface interne des ventricules. L'épaisseur de la paroi du cœur qui la recouvre en avant, a deux millimètres. La terminaison dans l'aorte se fait juste au-dessus des valvules sigmoïdes. Les valvules mitrales et tricuspides sont normales, les sigmoïdes de l'artère pulmonaire également ; à leur niveau, l'orifice de cette artère mesure deux centimètres et demi de circonférence, les parois sont plus épaisses que celles de l'aorte, sa cavité est dilatée. Les valvules aortiques existent, mais présentent des irrégularités, l'orifice mesure deux centimètres, les parois de l'aorte sont minces. L'oreillette droite est très hypertrophiée, les parois sont épaisses et résistantes, au contraire, la gauche est très réduite, et à parois très faibles. Le trou de Botal est fermé complètement, la membrane qui l'obture n'adhère pas à la partie antérieure au bord du trou ovale, dans une étendue de trois millimètres. Rien de spécial à noter dans les autres vaisseaux du cœur, non plus que dans le canal artériel.

RÉFLEXIONS. — Le cas que nous publions, s'il n'est pas unique, est tout au moins des plus rares. Nous avons par-

couru la thèse de M. Deguise, si riche en faits de malformations cardiaques, celle plus récente de M. Poché, les divers recueils périodiques, et nous n'avons pu trouver de cas analogue. Avec l'aide et sur les conseils de M. le professeur Cornil, nous avons consulté l'atlas de Rokitansky, où les faits de malformation congénitale du cœur abondent, et là, pas plus qu'ailleurs, il ne nous a été possible de relever aucune anomalie du cœur semblable à la nôtre. Le cas ne peut rentrer dans aucune des catégories de malformations établies par les auteurs qui se sont occupés de ces faits. Quant à en trouver l'explication par l'embryogénie, la chose est impossible dans l'état actuel de nos connaissances. Rokitansky, dans le travail que nous citons plus haut, explique tous les faits de malformation cardiaque, par des défauts ou des vices de développement des cloisons cardiaques, soit de la cloison interventriculaire, soit du septum qui sépare l'aorte de l'artère pulmonaire, connu sous le nom de *septum atriorum*. Mais ici rien de comparable aux cas relatés par Rokitansky, la cloison interventriculaire ne présente aucune solution de continuité, sous les valvules de l'aorte seulement, l'épaisseur de la paroi est moindre, de plus, la séparation de l'aorte et de l'artère pulmonaire est parfaite. Les particularités que présentait la circulation du sang dans ce cœur méritent d'être notées. L'existence du canal qui faisait communiquer le ventricule droit avec l'aorte, avait pour conséquence de mélanger les deux sangs dans cette artère. Pendant la vie intra-utérine, les effets de ce mélange ont été nuls, aussi l'enfant était-il aussi bien développé que celui qui a survécu. Mais aussitôt après la naissance, les effets se sont fait sentir ; d'une part l'apport du sang dans les poumons a été diminué d'autant, d'où atélectasie de ces organes, de l'autre, le mélange de deux sangs a produit ces phénomènes de cyanose, que l'on a pu constater dès la naissance jusqu'au moment où l'enfant est mort asphyxié. M. Quenu, à propos de ce cas, a émis l'hypothèse que ce vice de conformation pouvait être dû au défaut de la fusion de la cloison du bulbe avec la cloison interventriculaire. L'idée est ingénieuse, elle sera, du reste, reproduite ultérieurement dans les bulletins.

34. Tumeur sacro-coccygienne congénitale (Tératologie) ; par
P. RENAULT, interne des hôpitaux.

Le fœtus que j'ai l'honneur de présenter à la Société est né dans le service de M. le Dr Porak, à l'hôpital Saint-Louis, le 27 novembre 1884, et mort quelques instants après sa naissance.

C'est un enfant du sexe féminin, bien constitué, à terme, pesant 3,480 grammes, et présentant comme seule anomalie, une tumeur située au niveau de la région sacro-coccygienne. Cette tumeur a le volume d'une tête d'adulte ; naissant au bas de la région sacrée, elle ressemble à une énorme bourse dont l'ouverture, répondant à la région ano-périnéale, se continuerait en haut avec les téguments du dos, latéralement avec ceux des fesses, en avant avec ceux de la région sous-pubienne ; elle s'étend en effet jusqu'à la vulve, et l'orifice de l'anus se trouve situé à un centimètre en arrière, sur la paroi inférieure de la poche.

La tumeur paraît essentiellement constituée par un kyste qui s'est vidé au moment de l'accouchement ; si, par l'ouverture, on pousse avec précaution une injection d'eau, on parvient à rendre à la tumeur sa forme et presque son volume primitifs (il est nécessaire, pour cela, d'injecter deux litres de liquide). La tumeur prend alors une forme ovoïde, à petite extrémité, répondant au pédicule ; elle mesure 20 centimètres dans le sens antéro-postérieur, 18 dans le diamètre vertical, et 8 dans tous les sens, au niveau du pédicule. (La tumeur, moulée en cire par M. Baretta, est déposée au musée de l'hôpital St-Louis.)

La paroi de la poche est formée par la peau qui, des parties voisines, se continue sur elle sans changement d'aspect ni de couleur ; mais, au niveau du fond de la poche, la paroi est amincie, rosée, et même par places il semble qu'elle soit constituée seulement par un tissu mince, blanchâtre, analogue à celui qui forme l'enveloppe des hernies ombilicales congénitales ; c'est au niveau d'un de ces points, où la peau fait défaut, que la rupture s'est produite.

En incisant la tumeur, il s'écoule un liquide séro-sanguinolent plus ou moins coloré, et on voit que la dilatation est formée par un vaste kyste développé en arrière d'une tumeur qui semble faire corps avec le sacrum et le coccyx.

Les parois de cette poche sont cloisonnées, aréolaires, et contiennent des cavités secondaires communiquant, pour la plupart, avec la grande cavité. Elles présentent le même

aspect : la surface interne est blanchâtre, lisse, polie, comme séreuse ; elle émet des prolongements, les uns volumineux, sous forme de colonnes ou de valvules, les autres filiformes, parcourant les kystes en divers sens.

Au niveau du pédicule de la tumeur, on arrive sur une masse molle, rougeâtre, mamelonnée ; à sa surface font saillie de petits kystes, du volume d'un pois ou d'une noisette, les uns contenant du liquide, les autres remplis par des tumeurs molles, myxomateuses. A la coupe, on voit que la consistance de cette tumeur augmente à mesure qu'on se rapproche des parties profondes. Elle contient bien encore des kystes, mais ceux-ci sont petits, à parois épaisses, et renferment une faible quantité de liquide filant. Le reste de la masse est formé par un tissu mou et rougeâtre par places, plus dur, blanc, et comme lardacé en d'autres endroits ; il donne au raclage un liquide abondant.

Enfin le scalpel rencontre, disséminées au milieu du néoplasme, des parties dures, cartilagineuses, et même en certains points osseuses. Ces parties dures, disséquées avec soin, ne nous ont pas présenté de forme déterminée permettant de les rapporter à des parties fœtales. Nous n'y avons pas trouvé d'autres productions anatomiques.

En étudiant les rapports de la colonne vertébrale avec la tumeur, on voit que celle-ci siège non seulement en arrière et au-dessous du coccyx, mais encore qu'elle comble presque entièrement le petit bassin. Il est probable que la tumeur s'est développée primitivement en avant du coccyx ; elle a rempli d'abord le petit bassin ; puis, refoulant en arrière l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, elle s'est montrée au bas de la région sacrée ; n'étant plus alors limitée que par la peau, elle a pu acquérir le volume considérable que l'on rencontre souvent dans les tumeurs de nature kystique. Le sacrum et le coccyx sont donc déviés, retroussés, pour ainsi dire ; mais la tumeur ne semble pas tenir à ces parties qui sont saines. Son point de départ reste obscur ; on pourrait peut-être supposer qu'il siège dans les ganglions sacrés ou dans la glande de Luschka (?). Tous les organes du fœtus ont été examinés et trouvés sains. Nous devons à l'obligeance de notre excellent collègue et ami Dubreuilh la note suivante sur la constitution histologique de la tumeur.

Les parois du kyste sont constituées par un tissu creusé d'innombrables cavités, de sorte que les coupes ressemblent à une fine dentelle. A l'examen microscopique, avec un faible grossissement, on voit que le tissu est formé de

minces travées anastomosées, ondulées, ramifiées, circonscrivant une quantité innombrable de cavités irrégulières comme forme, mais assez régulières comme volume. D'autres parties de la tumeur sont constituées par des végétations arborescentes d'une extrême délicatesse.

Le tissu fondamental de ces travées est du tissu conjonctif, en général bien développé, et riche en éléments cellulaires ; mais, en certains points, on trouve du tissu fibreux ou du tissu conjonctif muqueux. Les parois des kystes, la surface des végétations, sont tapissées par un épithélium éminemment variable ; on peut y trouver tous les types. Le plus souvent, il est aplati ou cubique, et il est alors difficile à distinguer. D'autres fois, on trouve des cellules cylindriques simples sans plateau, ou des cellules cylindriques à cils vibratiles, ou des cellules caliciformes parfaitement développées. Enfin, en quelques points, on peut trouver un véritable épithélium pavimenteux formé d'un grand nombre de couches. Outre ce tissu, qui constitue la plus grande partie de la tumeur, on rencontre aussi des nodules cartilagineux de faible volume et des grains osseux. Certaines parties sont presque uniquement composées de tissu musculaire à fibres striées dont les faisceaux s'entre-croisent dans tous les sens, et sont séparés par du tissu graisseux et du tissu conjonctif parfois creusé de kystes. Les vaisseaux, assez volumineux, ont une paroi assez bien formée ; cependant leur endothélium est encore assez épais, comme dans les vaisseaux jeunes. En somme, cette tumeur, où se trouvent représentés les tissus les plus divers, mais tous très différenciés et assez élevés comme organisation, doit être rattachée au groupe de néoplasmes qui ont été décrits par Virchow sous le nom de tératomes.

Nous devons en outre noter quelques particularités cliniques : L'amnios était distendu par une grande quantité de liquide ; l'enfant s'est présenté par l'épaule : deux circonstances dues probablement au développement de la tumeur. La version n'a pu être terminée qu'après que des tractions énergiques ont pu produire la rupture de la poche. La femme, après la rupture de la poche des eaux et l'expulsion de l'enfant, a été prise d'une dyspnée comparable à celle qui suit l'évacuation trop rapide d'un épanchement ascitique.

Le Secrétaire,

CHARRIN.

DÉCEMBRE

Séance du 5 décembre 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

1. M. BARBIER présente une tumeur solide de l'ovaire, pesant 13 livres, opérée par M. POLAILLON. Cette tumeur serait un sarcome encéphaloïde.

M. CORNIL croit plutôt à un myome et demande un nouvel examen histologique.

M. CHANTEMESSE montre des pièces provenant d'un cas de péritonite chronique sans tubercules avec ascite à répétition.

M. MARIE rapproche cette observation de trois faits semblables rapportés dans le *Centralblatt*. L'ascite était attribuée à un obstacle veineux.

M. CORNIL croit que l'irritation chronique du péritoine joue un grand rôle dans la production de l'épanchement.

M. QUENU fait remarquer qu'en effet de grosses tumeurs ne provoquent pas d'ascite, quand de petites en occasionnent; mais que l'état du péritoine, il cite un cas à l'appui, n'est pas toujours suffisant.

2. M. METAXAS présente un cancer cutané de la région lombaire: épithéliome polygonal atypique ayant probablement eu pour point de départ les glandes sudoripares, d'après M. Verneuil.

M. CORNIL dit que les tumeurs qui ont pour point de départ les glandes sudoripares sont, en général, bénignes et non malignes comme celle dont il s'agit qui paraît être un carcinome.

3. M. QUENU explique par un retard dans la formation de la cloison interventriculaire, une anomalie des cavités cardiaques présentée par M. Cayla. La cloison bulbaire serait descendue, mais n'aurait pas rencontré la cloison interventriculaire.

M. CORNIL dit que cette descente de la cloison bulbaire n'est peut-être qu'une hypothèse, que, d'après Koller, la cloison artérielle de structure fibreuse se formerait avant la cloison interventriculaire.

4. M. FRÉMONT montre un 'kyste suppuré de l'ovaire, communiquant par une petite ulcération avec l'intestin.

M. CORNIL dit qu'en dehors de la puerpéralité, ces faits-là sont rares.

5. M. DREYFOUS fait une communication sur un cas de cirrhose atrophique. En dehors des lésions ordinaires de la cirrhose, de la péritonite chronique localisée, il insiste sur une hémorrhagie interstitielle remplissant aussi la cavité d'une anse intestinale, sur l'état de distension des veines et sur une thrombose de la mésentérique supérieure.

M. QUENU rapproche ce fait d'une observation personnelle présentée à la Société anatomique.

M. CORNIL ajoute qu'il faut aussi rapprocher tous ces faits d'adhérences, d'oblitérations que l'on trouve dans les cirrhoses.

M. DREYFOUS insiste sur le point d'élection.

M. DURAND-FARDEL rappelle qu'il a présenté un cas dans lequel il y avait une sclérose considérable de la veine splénique.

Séance du 12 décembre 1884.

PRÉSIDENTE DE M. QUENU.

6. M. JOFFROY présente des lésions tuberculeuses bilatérales de l'encéphale. Les pièces proviennent d'un enfant de 16 mois chez lequel on observait de la parésie de la jambe gauche, de la paralysie complète de la main et du bras du même côté, une attaque convulsive passagère, de la paralysie faciale incomplète du côté droit portant seulement sur le facial inférieur. Cette dernière particularité faisait exclure le siège habituel des lésions de l'hémiplégie alterne. A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère gauche des granulations tuberculeuses le long de la scissure de Sylvius, et dans l'hémisphère droit un tubercule en arrière du genou de la capsule interne.

7. Lipome de la pie-mère; par Ch. Féré.

Les tumeurs graisseuses de l'encéphale sont très rares, plus rares même que ne semblerait l'indiquer la lecture des auteurs, car un bon nombre de tumeurs dites graisseuses du cerveau, appartenant aux centres nerveux eux-mêmes, sont d'une tout autre nature. Les vrais lipomes de l'encéphale paraissent appartenir tous à la pie-mère. Le siège est d'autant plus remarquable que la pie-mère, à l'état normal, semble complètement dépourvue de graisse. Pourtant Virchow signale l'existence de quelques traces de tissu graisseux sur le raphé du corps calleux et de la voûte à trois piliers: Virchow et Parrot ont observé chacun un cas d'une sorte de lipome diffus du raphé du corps calleux. On trouve encore plusieurs exemples de tumeurs du même genre développées dans la toile choroidienne et les plexus choroides. Mais le siège de prédilection des lipomes de la pie-mère est à la base de l'encéphale, où on les a rencontrés au voisinage des olives (Cruveilhier), entre le pont de varole et l'hémisphère cérébelleux gauche (Klob); et le plus souvent ils siègent au voisinage du chiasma

(Meckel) et des tubercules mamillaires, (Virchow, Chiari, etc.)

La petite tumeur que je présente à la Société occupe précisément cette situation : elle repose dans l'espace compris entre les deux tubercules mamillaires et la partie postérieure de la tige pituitaire.

Les lipomes de la pie-mère peuvent être diffus comme dans le cas de Parrot notamment ; plus souvent ils se présentent sous forme de tumeurs limitées, généralement arrondies. Leur volume ne dépasse guère celui d'une noisette (Nuekel), d'un haricot (Klob) ; plus souvent ils ne dépassent pas celui d'un pois, comme chez notre sujet.

Le peu de développement de ces tumeurs nous explique comment on ne les a guère vu déterminer de phénomènes de compression. Cependant, bien que le plus souvent il s'agisse, comme dans notre cas encore, de lipomes purs, ou très pauvres en éléments fibreux, le tissu nerveux peut être plus ou moins déprimé ; il en était ainsi dans un fait de Chiari, où le tubercule mamillaire était déformé.

Les tumeurs graisseuses de la pie-mère peuvent se développer à tous les âges ; dans le fait de Parrot, il s'agissait d'un tout jeune enfant : la pièce que je vous présente provient d'une vieille femme de 79 ans.

8. M. CHARRIN montre des cultures de pus bleu qui, au lieu d'être complètement bleues, sont verdâtres. Ces cultures n'en contiennent pas moins le micrococcus pyocaneus, et la preuve c'est qu'on en extrait aisément une matière bleue soluble dans le chloroforme, rougissant par les acides, et passant au bleu verdâtre par un alcali, c'est-à-dire offrant des caractères chimiques de la pyocyanine. La coloration verte est due soit à la teinte jaune du bouillon, qui, en s'unissant au bleu, peut donner du vert, soit à la production simultanée de pyoxanthose, soit encore à l'apparition dans les cultures d'un microbe ovoïde ou en bâtonnet court et donnant naissance à une couleur verdâtre fluorescente, non soluble dans le chloroforme.

9. M. PHOCAS rappelle qu'il a fait une communication sur une tumeur des gaines de la main, sur la nature de laquelle on avait discuté. L'examen histologique pratiqué par M. Suchard a montré qu'il s'agissait bien d'un chondrome.

M. SUCHARD dit qu'à la périphérie, il y a avait du tissu fibreux en dessous du cartilage, qu'il y avait aussi des

ostéoplastes, mais qu'on ne trouvait pas les systèmes des lamelles alternativement striées et homogènes.

M. QUENU dit qu'en dehors des os et des glandes (parotide, testicule, etc.) les chondromes sont très rares.

M. SUCHARD ne croit pas cette rareté excessive.

10. Observation d'une hernie inguino-interstitielle gauche avec ectopie testiculaire (service de M. le D^r LE ROY DES BARRES), Hôpital de Saint-Denis. Observation présentée à la Société anatomique dans la séance du 12 décembre 1885 au nom de M. le D^r LE ROY DES BARRES; par M. LEGRAND, interne du service.

Le 22 novembre 1884 entre dans le service de M. Le Roy des Barres (hôpital de Saint-Denis), le nommé Pellet Camille, âgé de 26 ans, boulanger. Cet homme fort, de constitution très robuste, est atteint d'une hernie inguinale gauche remontant à son enfance, très irrégulièrement maintenue par un bandage et qui, au dire du malade, ne se réduit jamais complètement. Le testicule gauche ne se trouve pas dans les bourses; on le sent à la partie inférieure du canal inguinal.

Le 21 novembre 1884, à 11 heures du soir, ce malade, après un effort violent, remarque que sa tumeur ne peut plus rentrer, passe la nuit dans cet état et le lendemain un médecin de la ville pratique un taxis tellement violent qu'il en résulte une rougeur considérable avec excoriation de la peau: le taxis reste complètement infructueux. La réduction n'ayant pu avoir lieu, le malade entre à l'hôpital le 22 novembre vers 3 heures du soir.

Examen du malade. L'on constate une tumeur volumineuse dure, très sensible à la pression, irréductible et située dans la région inguinale gauche, au-dessus de l'arcade crurale. Ses limites sont: en bas, l'arcade crurale; en dedans, le bord externe du muscle droit. En dehors, une ligne partant de l'épine iliaque antéro-supérieure et se dirigeant perpendiculairement vers le sommet de l'aisselle. Sa direction est oblique comme celle de l'arcade crurale augmentant de hauteur à mesure qu'on se rapproche de l'épine iliaque antérieure et supérieure et s'élevant en ce point à une hauteur de 8 à 10 centimètres. La pointe de la hernie ne descend pas au-dessous du niveau de l'orifice externe du canal inguinal.

M. Le Roy des Barres, après un examen du malade, indique comme diagnostic: hernie inguino-interstitielle, entéro-épiploïque avec grande longueur d'intestin et pra-

tique, sous l'influence du chloroforme, de très légères pressions plutôt qu'un véritable taxis. Ces pressions sont faites de haut en bas et de dehors en dedans. Sous leur influence la hernie diminue sensiblement de volume et le malade à son réveil déclare que la tumeur a son volume habituel. On applique un spica de l'aine, mais toutefois ne regardant pas la hernie comme certainement réduite, et ne voulant, en raison de cette variété de hernie, prolonger les manœuvres, un purgatif d'exploration est donné.

23 novembre 1884 (matin). Le malade n'a rendu ni gaz ni matières. Le ventre est peu ballonné, la région inguinale gauche est très sensible à la pression. Température rectale 39°. Une limonade purgative est donnée.

23 novembre 1884 (soir). Le malade est dans le même état, n'ayant rendu ni gaz ni matières. Un peu de hoquet mais pas de vomissements. Pouls fort, plein. Température rectale 39°, 2. Glace, eau de Seltz.

24 novembre 1884 (matin). Le malade a passé une très mauvaise nuit, grande agitation. La région inguinale gauche est toujours très douloureuse. Le hoquet persiste et le matin vers 8 heures apparaît le premier vomissement : très peu abondant, glaireux, il est légèrement teinté en rouge par du vin.

L'intervention chirurgicale arrêtée, a lieu dans l'après-midi. M. le Dr Le Roy des Barres fait une incision de 8 à 10 centimètres environ suivant le grand axe de la tumeur et après avoir sectionné la peau, le tissu cellulo-adipeux, le fascia superficialis, l'aponévrose du grand oblique et le grand oblique tombe dans le sac. Il débride l'agent d'étranglement et pratique la résection de la plus grande partie de l'épiploon.

Toute cette opération est faite dans les meilleures conditions en suivant avec exactitude toutes les règles antiseptiques, lorsque, après avoir fini d'appliquer le pansement de Lister, le malade réveillé est pris de vomissements fécaloïdes d'une abondance considérable, vomissements qui amènent la mort immédiate du malade par asphyxie, malgré tous les efforts pour le rappeler à la vie.

L'AUTOPSIE est pratiquée le 26 au matin ; dès l'ouverture du corps une ligature est pratiquée sur la trachée. 1° Les poumons laissent échapper par la trachée des matières fécaloïdes auxquelles il faut attribuer la mort. 2° Le cœur ne présente rien d'anormal. 3° La portion d'intestin herniée appartient à l'intestin grêle : elle mesure 39 centimètres ; elle est ecchymosée, sans sphacèle, et jugée suffi-

samment saine pour être rentrée. Elle est sortie par l'anneau inguinal interne, se déplaçant suivant deux directions, le conduit péritonéo-vaginal d'une part, et l'interstice musculaire de l'autre. L'agent d'étranglement a été l'orifice interne et les accidents se sont développés en devenant beaucoup plus volumineux. La portion interstitielle tantôt rentrée, tantôt sortie, allait se loger dans un sac devenu adhérent aux muscles voisins. L'enveloppe de ce sac a une épaisseur de 4 à 5 millimètres et limite une cavité de forme oblongue à grand axe dirigé suivant la direction de l'arcade fémorale. Cette poche se trouve située entre les deux muscles obliques : le grand diamètre a une longueur de 12 centimètres, et le transversal en a 6 environ. 4° Le testicule occupe la partie la plus inférieure du canal inguinal, canal qui, dans le cas présent, n'a pas d'orifice externe.

L'autopsie est donc venue confirmer le diagnostic posé avant l'opération.

Les conclusions de cette observation ont pour but : 1° de contribuer à l'individualité de la hernie inguino-interstitielle, individualité si bien mise en relief par M. le Dr Tillaux ; 2° de montrer le danger d'un taxis prolongé dans cette variété de hernie et l'opportunité d'une intervention rapide ainsi que dans la hernie péritonéo-vaginale ; 3° de montrer la corrélation intime de l'ectopie testiculaire avec la hernie inguino-interstitielle ; 4° le danger des vomissements abondants survenant après l'anesthésie.

11. Méningite tuberculeuse. — Ramollissement cérébral, étendu à tout l'Insula. — Paralysie avec contracture des membres et du facial inférieur, du côté opposé à la lésion. — Déviation conjuguée de la tête et des yeux ; par M. MOREL-LAVALLÉE, interne des hôpitaux.

Le jeune Const. P..., âgé de 2 ans, est amené à l'hôpital des Enfants-Malades, salle St-Jean, n° 18, service de M. LABRIC, le 6 décembre, au matin. Il entre uniquement parce que depuis un mois il a continuellement la diarrhée. Il n'a présenté jusqu'alors aucun autre phénomène morbide. Or, le soir même, à 5 heures, il est pris d'une attaque d'éclampsie absolument épileptiforme : cris, convulsions cloniques, puis toniques ; morsure de la langue, écume sanglante à la bouche. Pas de pronation des pouces. Puis tout disparaît.

Le 7, deux ou trois accès moins intenses.

Le 8, matin, nouvelle attaque ; cette fois l'enfant conserve, après, l'air hébété : hémiparésie des membres et du facial inférieur gauche. Impossible désormais de rattacher

ces convulsions à des désordres intestinaux. Il est vraisemblable que la diarrhée était due à une entérite tuberculeuse, et que nous assistons maintenant aux symptômes dus à un tubercule cérébral.

Le 8, au soir, T. 38°,4. L'enfant est couché à plat ventre ; la tête, qui repose sur l'oreiller, est en rotation fixe sur l'épaule droite ; les yeux sont également déviés à droite. Vient-on à coucher le petit malade sur le dos, il tourne en grognant et violemment sur lui-même de gauche à droite jusqu'à ce qu'il retombe à plat ventre, la tête demeurant fixée sur l'épaule droite par la contraction musculaire. Il n'est pas possible de déterminer si cette rotation a lieu par la paralysie des muscles gauches du cou ou par la contraction des muscles du côté droit. En tout cas, elle n'est pas produite par le seul sterno-mastoidien, les muscles postérieurs y prennent part.

Le côté gauche du corps est parésié ; l'enfant le remue moins que le droit ; il y sent moins, et il y a du retard de la perception ; les réflexes y sont diminués. Dans cette journée du 8, jusqu'à 5 heures du soir, il y a eu cinq accès. La religieuse aurait constaté ceci : l'accès est-il de moyenne intensité, le côté gauche, parésié, remue peu ; est-il violent, les convulsions sont bilatérales. Parfois elles n'ont lieu qu'à droite. Ce matin, il semblait y avoir paralysie faciale gauche totale ; ce soir, on voit nettement le facial inférieur seul pris ; les pupilles sont égales et obéissent à la lumière. Décubitus dorsal, tête dans la rectitude. Tache méningitique.

Dans la soirée, les convulsions sont presque continues ; dans l'intervalle, il y a plutôt perte de connaissance que paralysie ; les traits ne sont plus tirés d'aucun côté. Les mouvements réflexes existent aux quatre membres, bien que plus lents à se produire à gauche. La paralysie est certainement moins accentuée. Pas de contractures fixes. L'urine, examinée hier, ne contenait pas d'albumine.

Le 9, soir, rien de nouveau. T. 39°, sans pulsations. Toujours ni vomissements, ni strabisme.

Le 10. Convulsions presque continues, pas de rotation de la tête ni des yeux ; le soir, fièvre brûlante, pouls si rapide qu'on ne peut le compter. Il n'y a plus la moindre connaissance, les yeux ne suivent pas la lumière. S'il y a tumeur cérébrale, il y a certainement à présent de la méningite, ne fût-ce qu'à titre d'épiphénomène.

Mort le 11 au matin.

AUTOPSIE. — Thorax. Granulie pleuro-pulmonaire bila-

térale, pas d'adhérences. Enphysème des lobes supérieurs; broncho-pneumonie (splénisation) des bords antérieurs et des bases. A la base du poumon gauche, un tubercule marginal jaune, gros comme une noisette; ganglions caséeux durs du même côté; cœur sain; caillots fibrineux dans les deux ventricules.

Abdomen. — *Foie.* Criblé de petits tubercules jaunes; pas trop gras d'apparence. — *Rate.* Egalement semée de petits tubercules jaunes. — *Reins.* En contiennent aussi quelques-uns. — *Ganglions mésentériques.* Tuberculeux; l'un d'eux, gros comme une noisette, est appuyé contre le canal cholédoque, lequel est resté perméable, car il n'y a pas eu d'ictère. Cinquante centimètres d'intestin grêle, pris au hasard près du cœcum, sont semés de granulations grises visibles seulement sur la face muqueuse. Un tubercule jaune, gros comme un pois, fait également saillie à l'intérieur, sans être visible par la face péritonéale. Pas d'injection des vaisseaux ni de saillie des follicules de l'intestin.

Encéphale. — En enlevant le cerveau de sa boîte osseuse on voit sortir de la fosse temporale droite une bouillie blanc-rougeâtre analogue à un foyer de ramollissement qui se vide. En effet, en examinant le cerveau sous l'eau, on voit sur la marge de la partie antéro-inférieure de la scissure de Sylvius un foyer en partie vide, sur lequel flottent les débris de la pie-mère déchirée. L'aspect extérieur de l'encéphale est le suivant: à la base, méningite avec exsudat pyo-fibrineux prédominant à droite. — *Hémisphère gauche.* — Assez ferme; quelques rares tubercules sur la pie-mère. — *Hémisphère droit.* Sa convexité est constellée de tubercules d'autant plus nombreux qu'on monte vers le sommet de la voûte crânienne. La pie-mère, peu injectée, n'est pas adhérente au cerveau. En bas, le foyer déjà signalé, consistance quasi fluctuante de cet hémisphère droit. Coupe transversale et horizontale passant par le plancher des ventricules latéraux. — *Côté droit.* Foyer anfractueux, tomenteux, irrégulier, plein d'une bouillie rougeâtre et comprenant tout l'insula, allant jusqu'aux ganglions centraux, qui sont intacts et de consistance normale. C'est la continuation du foyer évacué en partie lors de l'autopsie. L'avant-mur et la capsule externe sont détruits, ainsi que la partie de la couronne rayonnante qui est embrassée par l'insula. Pas d'épanchement ni de ramollissement dans les ventricules. Au niveau des régions motrices corticales, fait désormais secondaire d'ailleurs, pas d'adhérence ni de méningo-encéphalite. En

écartant en bas les lèvres de la scissure de Sylvius, on voit l'artère sylvienne effectuer sa division en éventail au milieu d'un infiltrat tuberculeux caséiforme, gros comme une forte noisette, dur, jaune strié de vert comme les productions caséieuses du poumon. Cet infiltrat n'a pas obstrué les bronches corticales de la sylvienne, puisque les circonvolutions sont saines, mais c'est évidemment à lui qu'est dû la nécrobiose du lobule de l'insula.

Pas de tubercules dans la substance centrale. Hémisphère gauche et cervelet sains. Pas d'exsudat au niveau des racines des nerfs bulbaires.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous offre un nouvel exemple d'une paralysie permanente produite dans la méningite tuberculeuse par le mécanisme indiqué dans la thèse de M. Rendu, savoir : compression des vaisseaux par l'infiltrat et nécrobiose ischémique. Le malade était un ancien tuberculeux, enlevé dans une poussée de granulie qui se serait vraisemblablement terminée par l'évolution classique et plus prolongée de la méningite tuberculeuse, s'il n'était mort d'accidents cérébraux brusques.

De là plusieurs choses à noter : d'abord le noyau d'infiltration tuberculeuse autour de l'artère sylvienne, dans l'écorce cérébrale, était certainement ancien, antérieur à la granulie, probablement contemporain du tubercule du poumon gauche et de ceux des ganglions correspondants. En admettant que le ramollissement nécrobiotique de l'insula se soit brusquement étendu ces jours derniers, au point de déterminer à la fois les violentes attaques épileptiformes et un ictus accompagné de déviation conjuguée de la tête et des yeux, il est vraisemblable qu'il a existé, pendant un certain temps, une zone de tissu cérébral insuffisamment irriguée par le sang, et cela sur le trajet des tractus moteurs, sans donner lieu à des symptômes appréciables. Ce fait, au reste, n'est pas rare chez l'enfant.

En second lieu, nous avons vu que s'il y avait à la base du cerveau un exsudat assez abondant, en revanche, à la face externe des hémisphères, la pie-mère était constellée de petits tubercules, mais elle n'était ni rouge ni injectée, ni adhérente à l'écorce cérébrale, et il n'y avait pas de péri-encéphalite. Il y avait donc là plutôt tuberculose de la méninge que méningite tuberculeuse, d'autant que les alté-

rations ventriculaires étaient nulles. L'enfant n'est pas mort de méningite tuberculeuse, mais de désordres dus à un tubercule parasyllvien déjà ancien (jaune marronné). Ces accidents ont sans doute empêché la méningite tuberculeuse, déjà existante à la base, de produire ses lésions à la convexité du cerveau et dans ses régions ganglionnaires, et d'évoluer symptomatologiquement. L'ordre éventuel des lésions morbides aurait probablement été le suivant : production de granulations dans les méninges ; congestion, puis infiltration de la pie-mère ; adhérences avec l'écorce ; périencéphalite. Puis épanchement ventriculaire, ramollissement des ganglions centraux, altération du trigone, etc., etc. Or, les symptômes observés chez notre malade sont dus uniquement au ramollissement endo-hémisphérique, tandis que les granulations tuberculeuses existaient dans la pie-mère sans avoir provoqué ni céphalalgie, ni plaintes, ni cris hydrocéphaliques, ni presque aucun des signes classiques de la méningite. Or, voici où nous voulons en venir. Si, à l'ordinaire, ou seulement dans un grand nombre de cas, la méningite tuberculeuse avait pour premier acte l'éclosion *silencieuse* des granulations, il s'ensuivrait que les premiers symptômes n'apparaîtraient qu'à la deuxième phase du processus anatomique, celui de la méningite proprement dite ; à plus forte raison le diagnostic ne pourrait-il être posé qu'au moment où existeraient déjà, dans l'encéphale, des lésions très avancées, en tout cas irréparables, puisqu'on se trouverait en présence d'une tuberculose méningée acquise. Ce fait expliquerait une fois de plus le pronostic d'incurabilité porté pour toute méningite tuberculeuse dûment diagnostiquée. Il est cependant juste d'ajouter que l'ordre de succession des phénomènes anatomiques n'est certainement pas toujours celui que nous avons supposé.

Séance du 19 décembre.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

12. Carie du rocher. — Absès cérébral; par M. GALLOIS,
interne des hôpitaux.

La nommée Hammet (Joséphine), âgée de 47 ans, journalière, était atteinte depuis longtemps déjà d'un écoulement purulent de l'oreille gauche. Le 29 novembre 1884, d'après les renseignements fournis par sa famille, elle fut prise de deux attaques convulsives sans prédominance bien nette à droite ni à gauche; à la suite, elle n'aurait pas eu de paralysie. Lorsque la malade fut apportée à l'hôpital Tenon, salle Béhier, 22 (service de M. STRAUS), il lui était absolument impossible de s'exprimer, tout au plus pouvait-elle prononcer très indistinctement les mots « pas » et « oui ». Il était fort difficile de savoir si elle comprenait ce qu'on lui disait. En portant la main gauche sur la région frontale du même côté et en prenant une physionomie de souffrance, elle donnait à entendre qu'elle avait des douleurs de tête assez fortes. A ce moment, il n'y avait pas de paralysie ni du bras ni de la jambe, la langue ni la luette n'étaient déviées. La sensibilité ne paraissait pas modifiée. La température, le soir de l'entrée, était de 38°,3; le lendemain matin, 37°,6.

La malade restait sensiblement dans le même état, avec une température très peu élevée, oscillant entre 37°,5 et 38°,5, quand, le 2 décembre, elle fut prise d'une poussée d'herpès. Une plaque de cette éruption recouvrait les lèvres, les ailes du nez et le menton; d'autres plaques symétriques moins considérables, et formées de deux ou trois vésicules seulement, occupaient les angles internes des deux yeux et les lobules des deux oreilles. Cet herpès devint purulent et guérit parfaitement sans laisser de cicatrice.

A la suite, la malade parut aller un peu mieux; elle comprenait mieux ce qu'on lui disait, et ne pouvant toujours pas parler, arrivait à se faire comprendre à peu près, quand, le 10 décembre, on la trouva dans un état comateux

presque complet; le 11, elle était un peu plus réveillée, mais présentait une paralysie avec contracture de tout le côté droit; la face même était prise. Les traits étaient tirés vers la droite, mais la moitié gauche seule de la face était mobile. La sensibilité cutanée paraissait émoussée sans que l'un des côtés du corps semblât plus atteint.

A partir du 13 décembre, il devint impossible d'alimenter la malade; on pouvait lui desserrer les dents, quoique avec peine, elle ne pouvait avaler les aliments, même liquides, déposés dans la bouche. La température s'éleva un peu, atteignant 39° le soir. L'intelligence disparut complètement, la contracture céda pour faire place à de la flaccidité. L'incontinence fécale remplaça la constipation qu'avait présentée la malade au moment de son entrée; les urines ne furent pas non plus conservées. Escharre de la fesse droite. La mort survint dans la nuit du 17 au 18 décembre.

L'herpès, avons-nous dit, était complètement guéri. Les divers organes étaient à peu près sains. Congestion pulmonaire légère, pas de tubercules.

A l'ouverture du crâne, la dure-mère paraissait très tendue; il fut difficile de la pincer pour la fendre. Au-dessous d'elle, les circonvolutions cérébrales étaient comprimées, aplaties. La pie-mère était saine. Pendant l'ablation du cerveau, un flot de pus très fétide se répandit dans l'étage moyen de la base du crâne. Il y avait un abcès cérébral qui venait de s'ouvrir par une perforation siégeant à la partie inférieure et externe du lobe sphéroïdal gauche.

Le rocher, du même côté, présentait une carie siégeant en dehors des canaux demi-circulaires au niveau de la caisse. La dure-mère, accolée au point carié, présentait une coloration noirâtre; au-dessous, la pie-mère était saine, ni pus, ni vascularisation exagérée. Quant à l'abcès cérébral, des coupes faites parallèlement au sillon de Rolando permettaient de bien se rendre compte de sa situation. Siégeant dans le lobe sphéno-occipital, il s'étendait en avant jusqu'à 2 centimètres environ de la corne sphénoïdale; en arrière, il s'arrêtait à 3 ou 4 centimètres de la corne occipitale; en dehors, il était revêtu par une couche de substance cérébrale d'une épaisseur moyenne de 1 centimètre; en dedans, il atteignait la partie externe du corps strié et, un peu plus en arrière, était sous-jacent au ventricule latéral, au point où il se divise pour former les deux diverticules sphénoïdaux et occipitaux. Pendant les manipulations, il se rompit même dans ce ventricule. La paroi était constituée par une membrane pyogénique très

nette, revêtue de pus crémeux à sa face interne, vascularisée; en dehors, la substance cérébrale tout autour et dans une zone d'environ 2 centimètres, un peu plus large en avant, un peu moins en arrière, était altérée, ramollie, et présentait une légère teinte jaunâtre; pas de vascularisation exagérée. Le pus, très fluide, fourmillait de microcoques, soit isolés, soit plus rarement en chaînette; on rencontrait en outre un petit nombre de bâtonnets d'aspect variable.

En somme, cette femme, à la suite d'une carie du rocher ancienne, de nature non tuberculeuse, avait eu un abcès cérébral. Cet abcès était dû vraisemblablement à la pullulation de micro-organismes. Ceux-ci ayant traversé le rocher carié, la dure-mère un peu altérée, avaient franchi, sans y déterminer d'altérations, la pie-mère et une couche de substance cérébrale. Puis, dans l'épaisseur de celle-ci, trouvant des conditions favorables à leur développement, conditions que nous ne connaissons pas, avaient produit cette suppuration abondante qui fut constatée.

Les phénomènes cliniques observés peuvent s'expliquer assez bien par la situation de l'abcès. L'affaissement intellectuel peut avoir pour cause l'augmentation de la pression intra-crânienne, la paralysie s'explique par la lésion du corps strié. Pour les contractures, on peut dire ou bien qu'elles sont dues à l'excitation du corps strié, excitation ayant précédé sa destruction partielle par suite de l'envahissement de l'abcès, peut-être pourrait-on les expliquer par la pénétration de l'abcès jusqu'au voisinage du ventricule. Reste enfin l'impossibilité de parler éprouvée par la malade. Il n'y avait pas seulement une surdité verbale qui s'expliquerait par le siège de l'abcès, il s'y ajoutait une obnubilation cérébrale très voisine de la démence. L'herpès, dans ce cas, ne doit vraisemblablement pas être considéré comme un phénomène consécutif à une compression nerveuse, il est plus probable qu'il s'agit là d'une éruption analogue aux poussées d'herpès que l'on observe dans certaines maladies infectieuses.

13. M. DURAND-FARDEL présente un foie pesant 10 kil., siège d'un cancer encéphaloïde, avec foyer de ramollissement, et pris pour un kyste hydatique. Les premiers troubles dyspeptiques remontaient à quatre années; une ponction n'avait pas donné issue à du liquide et avait été suivie d'une poussée d'urticaire.

14. Note sur les lésions histologiques de l'ongle incarné ou onyxis latéral ; par E. SUGHARD.

J'ai décrit en 1881 et 1882, à la Société anatomique, les lésions que j'avais observées dans les cellules de la matrice et du lit de l'ongle dans un certain nombre de cas pathologiques. J'ai montré à cette époque que, dans les inflammations retentissant sur les cellules de la matrice et du lit de l'ongle, le processus de la kératinisation unguéale était remplacé par celui de la kératinisation épidermique.

J'avais observé ce fait dans des onyxis développés sur des orteils atteints de mal plantaire perforant, sur un orteil atteint de tumeur blanche et aussi dans plusieurs cas de pustule de variole sous-unguéale, d'onyxis syphilitique et de psoriasis sous-unguéal.

Depuis cette époque, j'ai, à plusieurs reprises, eu l'occasion d'examiner des ongles incarnés, et voici le résultat de mes recherches :

Lorsque sur un ongle incarné enlevé avec les tissus sous-jacents par une opération chirurgicale, ou par dissection sur un cadavre, on pratique, après durcissement de la pièce par l'alcool, des coupes perpendiculaires à la surface de l'ongle et à l'axe de l'orteil, et que l'on colore ces coupes à l'aide du picrocarminate d'ammoniaque en solution faible, comme l'indique M. Ranvier dans son traité technique d'histologie, page 886, on voit que, au niveau de la lésion de l'onyxis latéral, le corps muqueux est le siège d'une hypertrophie papillaire très accusée. Cette hypertrophie papillaire s'étend aussi au corps muqueux qui recouvre l'ongle en formant le repli latéro-unguéal. Entre l'ongle et le corps muqueux ainsi modifié se trouve une couche d'épiderme corné assez épaisse qui, partant du bord latéral de l'ongle, s'étend sous l'ongle lui-même en recouvrant les cellules de sa matrice ou de son lit, suivant la région. Les cellules du corps muqueux qui se trouvent immédiatement au-dessous de cette couche cornée de nouvelle formation sont remplies de gouttes et de granulations d'éléidine et constituent ainsi un stratum granulosum très épais. Cette couche granuleuse, fortement colorée en rouge par le picrocarminate d'ammoniaque, s'avancant dans le lit ou la matrice de l'ongle, remplace les cellules qui, à l'état normal, renferment de la substance onychogène colorée en brun par le picro-carminate d'ammoniaque. Le derme, au niveau de cette lésion, présente les signes d'une

inflammation bien caractérisée, savoir : la dilatation et l'allongement des anses vasculaires et des anses de cellules embryonnaires dans le tissu conjonctif. Lorsque l'ongle incarné est décollé par la suppuration, cette inflammation du derme est beaucoup plus avancée; le corps muqueux présente alors des fissures analogues à celles que l'on observe dans les papillomes ulcérés.

Je suis donc, d'après les faits qui précèdent, porté à admettre pour la production de l'onyxis latéral le mécanisme suivant :

Sous l'influence d'une irritation mécanique (compression des orteils ou sections mal dirigées de l'ongle), les cellules enflammées du repli du bord de l'ongle prolifèrent et il se produit une hypertrophie papillaire très accusée. Les cellules du lit ou de la matrice de l'ongle sont atteintes par la même inflammation et suivent alors comme celles du repli le processus de la kératinisation épidermique qui vient remplacer sous l'ongle celui de la kératinisation unguéale. Dans ce fait, comme dans les autres onyxis que j'avais étudiés précédemment, il s'agit donc d'une inflammation des cellules, du lit et de la matrice de l'ongle aboutissant à la production d'éléidine au lieu de substance onychogène. Plus tard, le derme réagit, s'enflamme, suppure et des fissures se produisent avec le décollement de l'ongle.

Cette manière de comprendre la marche des lésions paraît d'ailleurs justifiée par l'examen clinique des malades. Si l'on examine un ongle incarné à son début, on voit que le repli latéro-unguéal est hypertrophié et qu'il se forme sous l'ongle une couche d'épiderme corné qui s'épaissit de plus en plus. On peut même, malgré la douleur assez intense et localisée en ce point, passer un stylet sous l'ongle et enlever des lamelles épidermiques. Plus tard, l'ongle continuant à irriter le fond du repli par son bord latéral libre et tranchant, la suppuration s'établit et le décollement se produit.

Les faits anatomiques que je viens de signaler peuvent aussi, dans une certaine mesure, expliquer la manière dont se fait la guérison de l'onyxis latéral à l'aide des moyens chirurgicaux. En effet, tous ces moyens aboutissent ou à l'ablation de tous les tissus malades, ou à la suppression de la cause irritante, et il est évident que c'est là une manière ou d'enlever radicalement des tissus atteints d'une inflammation qui aboutit à leur hypertrophie, ou de supprimer la cause qui produit cette irritation.

Les faits que je viens d'indiquer dans cette communication ont été décrits dans un mémoire contenant la descrip-

tion des lésions inflammatoires des cellules de la matrice et du lit de l'ongle, et présenté le 15 août 1882 pour le concours des prix des internes.

15. M. METAXAS présente un corps fibreux de l'utérus accompagné d'une suppuration de l'ovaire, de thromboses et de phlébites multiples. Une des thromboses occupe la veine de Trolard du côté gauche, et sur cet hémisphère on note un ramollissement rouge qui intéresse la circonvolution de Broca. La malade, quelques jours avant sa mort, avait présenté de l'hémiplégie droite et de l'aphasie. Il s'agit probablement là d'une septico-pyohémie.

16. M. FRÉMONT montre des infarctus tendant à la suppuration dans les reins et dans la rate d'un typhique traité par les bains froids et chez lequel était survenue une phlegmasia qui avait contraint à suspendre le traitement.

M. CORNIL pense que la théorie des micro-organismes explique mieux que tout autre la production de ces infarctus. Les microbes situés surtout dans la partie ramollie du caillot, sont entraînés par la circulation, vont se fixer en un point donné, le plus souvent près des bifurcations, pour donner naissance à de l'endartérite bactérienne. On trouve dans les cas de phlébite infectieuse ces microbes en zooglée sous l'endothélium, au-dessus s'accumule la fibrine, ils sont moins abondants dans les parties dures du caillot que dans les parties ramollies. Les microbes de diverses maladies sont capables de donner lieu à la production de ces infarctus, qui, à l'inverse des infarctus non septiques, tendent à la suppuration.

17. M. SÉNÉ est nommé membre correspondant.

Séance du 26 décembre 1884.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

18. M. CORNIL donne connaissance à la Société d'une lettre du professeur Horwarth. D'après cette lettre, il résulte que la découverte de la diapédèse, généralement attribuée à Conheim, doit être rapportée à Dutrochet qui, avant Waller et Conheim, en 1824, l'a indiquée dans son livre ayant pour titre : « *Recherches anatomiques et physiologiques sur la structure interne des végétaux et des minéraux et sur leur motilité.* »

Dans cet ouvrage on lit le passage suivant : « Entre les courbures que forment les vaisseaux, il existe un tissu fort transparent dans lequel on distingue beaucoup de granulations de la grosseur des globules sanguins ; or, en observant le mouvement du sang, j'ai vu plusieurs fois un globule seul s'échapper latéralement du vaisseau sanguin et se mouvoir dans le tissu transparent, avec lenteur ; bientôt il cessait de se mouvoir pour demeurer fixé ; or, en le comparant aux granulations susdites, il n'en différait en rien.

Par quelle voie ces globules sortent-ils du torrent circulatoire ? Peut-être y a-t-il aux vaisseaux des ouvertures latérales ? Peut-être le mouvement des globules n'était-il ralenti, puis arrêté, que parce qu'ils étaient engagés dans des vaisseaux trop petits relativement à leur grosseur.

Cette fixation des globules est indubitablement un phénomène de l'ordre de la nature vivante ; cela explique le rôle que jouent les globules sanguins dans la nutrition ; ce sont des cellules vagabondes qui finissent par se fixer et par se joindre au tissu des organes.

19. Thrombose artérielle marastique, par A. GILBERT,
interne des hôpitaux.

J. S..., 56 ans, marchand de vins, entre le 1^{er} novembre 1884, à l'hôpital Tenon, salle Axenfeld, n° 15, dans le service de M. HANOT.

Père mort de tuberculose ; mère morte de cause indéterminée ; pas de frère ni de sœur. Aucune maladie antérieure, si ce n'est des bronchites répétées depuis l'enfance. Au milieu de 1883 s'est déclarée une toux opiniâtre qui n'a plus quitté le malade. Les forces ont diminué, l'embonpoint a disparu, l'appétit est devenu irrégulier et languissant. Puis la fièvre a fait son apparition, des sueurs abondantes se sont répétées chaque nuit ; l'amaigrissement s'est prononcé davantage. Enfin, arrivé au dernier degré de l'émaciation, ne pouvant plus se soigner chez lui, le malade a dû entrer à l'hôpital le 1^{er} novembre 1884.

Etat actuel (2 novembre, matin.) — La maigreur est extrême ; la face est décharnée ; les masses musculaires ont disparu, si bien que les membres sont presque uniquement constitués par les os recouverts de la peau. Les côtes font saillie sous les téguments ; les espaces intercostaux sont marqués par des dépressions profondes. Le ventre est creusé en barque. La peau est sèche, lâche, privée d'élasticité. Les veines sous-cutanées sont vides de sang. La faiblesse des membres inférieurs est telle que la station debout est impossible. Chaque soir survient une poussée fébrile, et chaque nuit se produisent des sueurs abondantes. Le pouls est fréquent et mou. Les artères radiales sont uniformément indurées ; elles sont flexueuses et roulent sous le doigt. Les battements du cœur sont normaux. L'appétit est nul. Pas de vomissements. Pas d'angine. Pas de douleur abdominale. Pas de diarrhée. Pas d'albumine dans les urines. La toux est fréquente et pénible ; l'expectoration, peu abondante, est constituée par des crachats nummulaires nageant dans de la salive filante. La voix est normale. La respiration n'est pas accélérée. *Examen physique de la poitrine* : A la vue, saillie des clavicules, des côtes, des scapulums, des apophyses épineuses des vertèbres. A la *percussion* : en avant, submatité sous la clavicule gauche ; en arrière, matité dans les fosses sus et sous-épineuses gauches ; submatité dans les mêmes fosses à droite. A la *palpation* : diminution des vibrations thoraciques dans les fosses sus et sous-épineuses gauches. A l'*auscultation* : en avant, souffle ampho-

rique, gargouillement, pectoriloquie sous la clavicule gauche; respiration puérile sous la clavicule droite. En arrière, abolition du murmure vésiculaire dans les fosses sus et sous-épineuses gauches, diminution du murmure vésiculaire et râles sous-crépitaux humides dans le tiers inférieur gauche de la poitrine; respiration rude et quelques râles sous-crépitaux dans les fosses sus et sous-épineuses droites; respiration exagérée dans le tiers inférieur droit de la poitrine.

23 novembre. Douleurs lancinantes d'une grande intensité dans les orteils du pied droit. Diarrhée abondante depuis quelques jours. La toux a augmenté de fréquence; les crachats sont visqueux, confondus les uns avec les autres sous forme de purée verdâtre. Les signes physiques fournis par l'examen du cœur et des poumons ne sont pas modifiés.

24 novembre. Les orteils, le pied et le mollet du côté droit sont le siège de très vives douleurs. Le poids des couvertures et le moindre attouchement font pousser des cris au malade. Du reste, le membre endolori n'offre aucune modification, ni dans sa couleur, ni dans son volume, ni dans sa température.

25 novembre. Le pied droit offre une coloration violacée, particulièrement accentuée au niveau des orteils et du talon; il est dans l'extension complète et dans l'adduction, privé de tout mouvement, froid, insensible et douloureux. La jambe droite, dans sa moitié inférieure environ, présente une coloration bleuâtre, un refroidissement complet et une insensibilité absolue. L'auscultation du cœur ne révèle aucun signe morbide, et l'on est amené à rattacher la gangrène de la jambe et du pied droit à une thrombose artérielle.

26 novembre. La gangrène s'est étendue et occupe maintenant, outre le pied, les deux tiers inférieurs de la jambe droite. Les orteils ont pris une teinte noirâtre; ils se racornissent et se dessèchent. Les douleurs sont toujours très vives dans le membre gangrené. L'état général est mauvais. La température dépasse chaque soir 40°. L'appétit est absolument nul.

28 novembre. La gangrène n'a pas fait de progrès. Le pied et les orteils se momifient. Les bruits du cœur sont normaux. L'auscultation du poumon fournit les mêmes signes que précédemment. L'état général est très mauvais. Depuis hier soir le malade a été pris d'un délire tranquille.

1^{er} décembre. Le malade est mort ce matin dans le marasme le plus complet.

AUTOPSIE. — Poumons : 1° gauche : excavation tuberculeuse des dimensions d'une grosse orange au sommet. Masses tuberculeuses jaunâtres de dimensions variées à la base et à la partie moyenne. Les deux feuillets de la plèvre gauche sont intimement soudés ; pour extraire le poumon gauche de la cavité thoracique, on est obligé de décoller des côtes la plèvre pariétale. 2° Droit : nombreuses masses tuberculeuses au sommet. Quelques granulations tuberculeuses jaunes disséminées à la base et à la partie moyenne. Les deux feuillets de la plèvre droite sont unis au sommet par des adhérences lâches.

Cœur. Le péricarde, le myocarde, l'endocarde sont sains. Les valvules sont normales. Les cavités droites renferment quelques caillots cadavériques qui ont la couleur et la consistance de la gelée de groseille.

Vaisseaux. L'aorte n'est ni anévrysmatique, ni dilatée. A son origine, et particulièrement au pourtour de l'orifice des artères cardiaques, sa tunique interne est soulevée par des plaques d'endartérite athéromateuse et calcaire. Quelques plaques athéromateuses très rares font saillie dans la cavité de la crosse aortique, de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale. En aucun point la tunique interne de l'aorte n'est rompue ou fissurée. Au niveau de la partie culminante de la crosse aortique et sur sa paroi postérieure, immédiatement au-dessous de l'origine des gros troncs artériels, on trouve un thrombus pariétal ancien. Ce thrombus mesure 5 centimètres de long sur 3 de large et 5 millim. d'épaisseur. Sa forme est ovale et son grand diamètre est parallèle à l'axe du courant sanguin. Sa coloration est grisâtre, sa consistance assez ferme. Une de ses faces regarde la cavité de l'aorte, elle est absolument lisse ; l'autre adhère intimement à l'endartère. Après avoir détaché ce caillot, l'on constate qu'à son niveau la tunique interne de l'aorte est absolument saine.

Les artères du membre supérieur paraissent avoir des parois uniformément épaissies. Les artères de la base du cerveau présentent quelques plaques athéromateuses. Les artères fémorale et poplitée du côté droit contiennent un caillot passif brun noirâtre, non adhérent à leur tunique interne, qui, de distance en distance, est soulevée par quelques petites plaques athéromateuses. L'artère tibiale antérieure du côté droit et le tronc tibio-péronier du même côté sont obturés à leur origine par un caillot ancien. Ce caillot a subi presque entièrement le ramollissement puriforme ; ses débris périphériques, grisâtres et friables, adhèrent à l'endartère ; il ne contient pas de concrétion embo-

lique. Les parois des artères oblitérées montrent quelques plaques athéromateuses qui ne sont pas, dans la cavité des vaisseaux, un relief appréciable.

Les veines superficielles et profondes du membre droit gangréné contiennent quelques caillots noirâtres non adhérents à leur paroi.

Le tube digestif et ses annexes, l'appareil génito-urinaire et le système nerveux n'offrent à l'œil nu aucune altération digne d'être rapportée ici ; il n'existe en particulier aucun infarctus ni dans la rate, ni dans l'encéphale, ni dans aucun autre viscère.

RÉFLEXIONS. — Nous avons pris soin de spécifier qu'au niveau du caillot aortique l'endartère était sain : le développement de ce caillot ne pouvait donc être rattaché qu'aux modifications encore peu connues du sang et de la circulation, qui, habituellement, chez les marastiques, amènent la formation de caillots dans les veines. De sorte que le fait que nous rapportons doit être rapproché de ceux que M. Charcot (1) et M. Benni (2) ont publié dans le but d'établir la possibilité de la thrombose artérielle chez les cachectiques cancéreux, tuberculeux et séniles. En ce qui concerne la gangrène du membre inférieur droit, elle nous paraît avoir été déterminée par la thrombose marastique de l'artère tibiale antérieure et du tronc tibio-péronier. Mais sur ce point, nous ne saurions être affirmatif, à cause de l'existence, au niveau des points oblitérés, d'un léger degré d'athérome.

20. M. CHARRIN montre des cultures riches en pyocyanine obtenues en ensemençant des bouillons avec du sang, du foie, de la rate de lapins inoculés avec 7^e et 8^e cultures. L'organisme du pus bleu peut donc vivre dans le lapin au moins pendant un certain temps.

La pyocyanine que l'on extrait des bouillons peut cristalliser. Il y a là, d'une façon sûre, la démonstration de ce fait qu'une substance chimique délinie peut être fonction d'un microbe.

(1) Charcot. — *Sur la thrombose artérielle qui survient dans certains cas de cancer* (*Union méd.*, 1865, p. 165).

(2) Benni. — *Recherches sur quelques points de la gangrène spontanée*. (Th. Paris, 1884).

L'organisme de la pyocyanine se cultive également sur l'agar-agar et sur la gélatine peptonisée.

21. M. CORNIL a eu l'occasion de faire deux autopsies de sujets porteurs d'ulcères de l'estomac et morts à la suite de rupture de cet organe après un repas.

Dans le premier cas, il y avait un emphysème considérable ayant envahi le cou, l'abdomen; il y avait aussi des gaz dans le péritoine. Dans l'abdomen, on trouvait des fragments de vin, de viande, de légumes; il se dégagait une odeur extrêmement fétide. Dans le pus et les fausses membranes tapissant le foie et le péritoine, on ne rencontrait pas les micro-organismes habituels de la suppuration (*streptococcus*, *staphylococcus*, etc.), on y voyait de longs bâtonnets analogues à ceux de la bouche et de l'intestin; en même temps, on observait de la pleurésie, de la méningite, des gaz dans le sang. Dans le liquide pleural et l'exsudat méningé, on retrouvait les mêmes bâtonnets qu'à la surface du foie.

Dans le deuxième cas, on observait les mêmes organismes, les mêmes lésions, mais avec une certaine atténuation; il y avait aussi de la pleurésie fibrineuse, mais pas de méningite.

M. NETTER rappelle à ce propos un abcès du foie, dont le pus contenait des bâtonnets, et survenu à la suite d'une perforation iléo-cœcal due à une épingle.

Le Secrétaire,

CHARRIN.



TABLE DES AUTEURS

A

Ayrolles. — 156, 182, 577, 607.

B

Babès. — 591, 623.
 Ballue. — 464.
 Balme. — 219.
 Balzer et Chauffard. — 507.
 Balzer. — 132, 387, 599.
 Bar et Secheyron. — 226.
 Barbier. — 554, 650.
 Barbillon. — 86.
 Barth. — 51, 130, 132, 142, 200, 363.
 Barth et Gombault. — 197.
 Barral. — 464.
 Bataille. — 382.
 Berbez (Paul). — 348.
 Berbez (Paul) et Berbez (Henri). — 256.
 Berger. — 17, 585.
 Berthod. — 189, 521.
 Blanchard. — 181.
 Bourdel. — 320.
 Bouygues. — 423, 542.
 Bourneville et P. Bricon. — 487.
 Bourneville et Leflaive. — 60.
 Bottey. — 131, 570.
 Brault. — 416, 575.
 Bricon. — 478, 482, 483, 485.
 Brissaud. — 130.
 Broca. — 183, 204, 328, 338, 534, 407, 408, 508, 518, 548.
 Brossard. — 131.

SOC. ANAT.

Brun. — 134.
 Brunon. — 325.

C

Cahn. — 146.
 Camescasse. — 535.
 Cayla. — 428, 640, 643.
 Champell. — 232.
 Chantemesse. — 201, 332, 330, 385, 650.
 Chaput. — 49, 467.
 Charrin. — 152, 410, 653, 671.
 Chauffard. — 85, 212, 536, 639.
 Chéron. — 51, 268.
 Colleville. — 611.
 Cornil. — 26, 34, 59, 85, 132, 152, 153, 156, 161, 163, 197, 201, 303, 337, 434, 435, 441, 454, 529, 541, 562, 577, 599, 639, 650, 651, 666, 667, 672.
 Courtade. — 51, 131.

D

Dalché. — 137, 639.
 Darier. — 117, 310, 585.
 Dauchez. — 40, 41.
 Déjerine. — 216.
 Delotte. — 180, 183.
 Demoulin. — 575.
 De Molènes. — 580.
 Dénucé. — 420, 455, 456, 599.
 Derignac et Moussons. — 133.
 Derville. — 270.

Deschamps. — 202, 313.
 Desnos. — 125.
 Doleris. — 163.
 Doyen. — 131, 132, 181.
 Dreyfous. — 651.
 Dubar. — 414.
 Dubreuil. — 132, 547, 639.
 Durand-Fardel. — 85, 93, 95, 153,
 651, 663.
 Duret. — 152.
 Dutil. — 85.

E

E. de Argæz. — 538.
 Eduardo de Perez. — 412, 414.

F

Féré. — 265, 266, 279, 652.
 Féré et Quermonne. — 47.
 Festal. — 266.
 Frémont. — 651, 666.

G

Gallois. — 661.
 Gallois, Hontang et E. Leflatve. —
 556.
 Giacomo Lombroso. — 462, 475.
 Gilbert. — 470, 668.
 Girode. — 315.
 Gombault et Condoléon. — 88, 197.
 Grimaraes. — 153.
 Guernonprez. — 177.

H

Hallé. — 511, 514, 547.
 Hartmann. — 20, 23, 274, 285, 580,
 614.
 Herbland-Morin. — 622.

J

Jalaguier. — 562.
 Jarret. — 244, 248, 434, 592.
 Joffroy. — 652.
 Josias. — 40.

K

Kaurin. — 586.

L

Lancry. — 583.
 Largeau. — 210.
 Lebreton. — 32, 181.
 Legendre. — 26.
 Legrand. — 654.
 Lejars (L). — 149, 242, 392, 394.
 Lejard (Ch). — 153, 201.
 Leloir. — 294, 364.
 Lenel. — 565, 566.
 Léonard. — 121, 131, 161.
 Lepage. — 547, 605.
 Letulle. — 40, 153, 562, 588, 611.
 Lévêque. — 163, 416.

M

Malibran. — 104.
 Marchand-Gérard. — 619.
 Marfan. — 111, 346, 571, 576.
 Marie. — 650.
 Martin. — 214.
 Mathieu. — 197.
 Mathieu et Malibran. — 126, 131,
 140.
 Maurel. — 401.
 Mauriac. — 363.
 Ménestrier. — 167, 233.
 Métaux. — 580, 640, 650, 666.
 Monnier. — 380, 475.
 Morel-Lavallée. — 656, 238.

N

Netter. — 41, 672.

O

Oettinger. — 517, 551.

P

Para et Tuffier. — 562.
 Parmentier. — 113.
 Petit. — 163.

Phocas. — 113, 132, 161, 441, 445,
530, 653.
Picqué. — 101, 102, 507.
Poirier. — 139.
Pozzi. — 412.

Q

Quenu. — 185, 132, 441, 523, 650,
651, 654.

R

Raymond. — 581.
Reclus. — 209, 337.
Renault. — 647.
Revilliod. — 115, 193.
Reynier. — 27.
Ribail et Peugniez. — 253.
Richardière. — 131, 245, 464.
Ruault. — 529.

S

Sabourin. — 517.

Schwartz. — 221.
Sené. — 86, 666.
Serré. — 197.
Skinner. — 45.
Suchard. — 337, 653, 654, 664.

T

Terrier. — 531.
Testut. — 352, 363.
Thoinot et Darier. — 343.
Thoinot. — 529.
Tissier. — 261, 435, 523, 548, 595, 627.
Tuffier. — 27, 29, 31, 97, 528, 566.

V

Valude. — 52, 56, 58, 137, 188, 223,
269, 391, 454, 529, 611,
Varnier. — 122, 396, 449.
Vilon et Lévêque. — 539.

W

Weber. — 85, 107, 153.

TABLE DES MATIÈRES

A

Abscès du cerveau, 131.
 Abscès du foie, 672.
 Abscès multiples du foie, 529.
 Adénome sarcomateux kystique de la mamelle, 269.
 Affection mitrale. — Caillots fibrineux intra-cardiaques. — Infarctus pulmonaires, 167.
 Ainhum (Un cas d'), 529.
 Alcoolisme. — Pneumonie gauche suppurée. — Méningite, 325.
 Anatomie pathologique (Recherches sur l') et la clôture des érythèmes et de l'érythème polymorphe en particulier, 294.
 Anévrysme de la crosse de l'aorte, 475.
 Anévrysme de la portion terminale de la crosse de l'aorte et de l'aorte thoracique, 171.
 Anévrysme de l'aorte. — Bronchopneumonie chronique du côté gauche, 156.
 Anévrysme sacculaire, 131.
 Angine ulcéro-tuberculeuse. — Hypertrophie considérable des ganglions lymphatiques. — Tuberculisation généralisée aiguë consécutive, 107.
 Aorte (Plaie pénétrante de la crosse de l'), 439.
 Aorte (Foyers athéromateux ouverts dans l') ; hémorrhagies multiples, 595.

Aorte (Rétrécissement congénital de l'). — Dilatation et hypertrophie du cœur. — Asystolie, 535.
 Aortite (Cas d'), 130.
 Arrachement de la phalange unguéale du pouce droit avec le tendon du fléchisseur. — Désarticulation interphalangienne immédiate. — Guérison, 172, 177.
 Arthrite fongueuse du genou gauche avec cavité centrale tuberculeuse dans l'extrémité inférieure du fémur. — Amputation de cuisse, 102.
 Asphyxie laryngée, 611.
 Athérome généralisé des artères du cerveau, 133.
 Atrophie très grande d'un rein chez un enfant de onze mois, 547.

B

Bacille en virgule du choléra, 623.

C

Cancer du foie et de l'estomac. — Abscès du foie et fistule épigastrique. — Méningite suppurée, 270.
 Cancer du sein. — Généralisation dans les os du crâne. — Paralyse faciale a frigore concomitante, 508.
 Cancer primitif de la vésicule bi-

- liaire. — Calculs biliaires. — Compression du canal hépatique. — Ictère chronique, 551.
- Cancer de l'ombilic, 210.
- Cancer cutané de la région lombaire, 650.
- Cancer du pylore survenu sous l'influence d'un traumatisme. — Généralisation rapide au foie, 153.
- Cancer végétant de l'estomac, 181.
- Cancer colloïde du rectum, 132.
- Cancer du pancréas, 86.
- Cancer du corps thyroïde, 86.
- Cancer du foie et du rein, 85.
- Cancer du corps thyroïde, 51.
- Carré crural. — Insertion à l'avant-dernière côte, 183.
- Carie du rocher. — Abscès cérébral, 661.
- Carie du rocher. — Phlébite du sinus latéral suivie d'infarctus gangréneux des poumons sans méningo-encéphalite concomitante. — Pseudarthrose de la clavicule droite, 614.
- Cas de mort par un pessaire, 161.
- Caverne tuberculeuse considérable restée latente. — Autopsie, 32.
- Cerveau (Abscès du) dans la convalescence d'une fièvre typhoïde; mort; autopsie, 202.
- Chondrôme ossifiant malin de la main droite, développé dans les tendons extenseurs, opéré pour la troisième fois en 1882. — Récidive sur place. — Nouvelle opération au mois de juillet 1883. — Nouvelle récurrence sur place. — Troisième opération, 530.
- Cirrhose hypertrophique. — Subictère terminal. — Absence d'ascite, 88.
- Cirrhose graisseuse. — Alcoolisme, tuberculose, 126.
- Cirrhose atrophique, 651.
- Cœur (Lésions multiples des orifices du) en dehors du rhumatisme, 418.
- Cœur (Rupture spontanée et incomplète du). — Examen histologique, 416.
- Cœur très hypertrophié avec anévrysmes pariétaux, 153.
- Cœur hypertrophié (Masse calcareuse dans un), 131.
- Cœur (Malformation congénitale du). — Canal faisant communiquer l'extrémité du ventricule droit avec l'origine de l'aorte, 643.
- Cœur (Note sur le poids du) dans quelques cas de lésions rénales consécutives au cancer de l'utérus, 47.
- Cœur (Mort subite par rupture du), 232.
- Cœur (Rétrécissement du) et insuffisance de la valvule mitrale, 181.
- Contusion oculaire par coup de poing. — Perte immédiate de la vision. — Absence de complications inflammatoires. — Mort par cirrhose, 101.
- Coqueluche. — Rougeole. — Broncho-pneumonie, 605.
- Coxalgie ancienne, 528.
- Coxalgie ancienne. — Abscès de l'os iliaque ouvert dans la vessie. — Calcul vésical secondaire. — Lithotritie, p. 566.
- Coxalgie ancienne. — Tuberculose aiguë avec hémorrhagies intestinales simulant une fièvre typhoïde. — Tubercules du cervelet et de la protubérance restés latents, 238.
- Culture du pus bleu (substance verte). — Inoculation aux lapins. — Élimination par les urines et l'intestin, 653, 671.
- Cyanose congénitale. — Mort. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — Communication des deux ventricules et des deux oreillettes, 233.
- Cyanose congénitale. — Persistance du trou de Botal. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — Aortes ouvrant également dans les deux ventricules. — Hypertrophie du ventricule droit, 539.

D

- Dénudation de la veine axillaire consécutive à l'extirpation de ganglions dégénérés dans un cas de cancer du sein, 122.
 Dents (Evolution tardive des) permanentes; augmentation numérique douteuse, 518.
 Diapédèse, 667.
 Dilatation bronchique chez un enfant de 6 ans.—Pneumonie chronique, 245.

E

- Eclampsie puerpérale. — Mort et autopsie. — Lésion du rein, 571.
 Ecrasement par un tramway. — Section complète de la jambe gauche — Amputation de cuisse, 407.
 Ectopie du rein et du ligament large gauches. — Utérus unicorné, 414.
 Elections, 33, 163, 570.
 Encéphale (Lésions tuberculeuses bilatérales de l'), 652.
 Endocardite ulcéreuse, 611.
 Epilepsie, lésions cardiaques, communication des deux ventricules chez une chatte, 485.
 Epithélioma du sinus maxillaire. — Exophtalmie, perte de l'œil, 253.
 Epithélioma cylindrique de la vésicule biliaire, 250.
 Epithélioma de la langue. — Ablation par le procédé Pizzoli-Billroth de tout l'organe.—Alimentation par la sonde nasale, guérison opératoire, récurrence, 97.
 Epithélioma mammaire. — Altération épithéliale de la zone suspecte, 188.
 Epithélioma du tiers inférieur de l'œsophage. — Aortite chronique, 113.
 Erysipèle. — Endocardite végétante aiguë, 137.
 Estomac fortement dilaté, 580.

- Estomac (Ulcère de l'), 201.
 Etranglement herniaire, 180.
 Exostoses, hyperostoses et synostoses multiples de la colonne vertébrale chez un chat, 478.
 Exostose développée sur la troisième côte, 529.
 Fémur (Fracture du corps du). — Mort rapide. — Carcinose viscérale, 56.

F

- Fémur fracturé, 131.
 Fibro-myome de la grande lèvre, 223.
 Fibro-myome de l'ovaire. — Ascite. — Ovariectomie. — Guérison, 23.
 Fibro-myxome de la bourse séreuse ischiatique, 27.
 Fièvre typhoïde (Constataction anatomique de la) dans la race noire, 401.
 Fièvre typhoïde. — Aphasie et hémiplégie dans la période terminale. — Mort dans le coma. — Abscessus volumineux des méninges, 548.
 Fistule cervico-pulmonaire consécutive à un traumatisme mettant en communication la partie droite du cou avec une caverne du poumon gauche, 622.
 Foie cirrhotique atrophie contenant deux noyaux jaunâtres enkystés, 131.
 Foie (Organes constituant le hile du). — Mort par hémorragie avec signes d'hépatite parenchymateuse, 256.
 Foie (Gros). — Grosse rate. — Ostéomalacie. — Syphilis héréditaire, 627.
 Foie pesant 10 kilogr., 663.
 Fracture intra-capsulaire du col du fémur, 121.
 Fractures multiples du bassin et des côtes. — Rupture de la vessie. — Contusion des reins, 146.
 Fracture de la jambe. — Gangrène consécutive, 149.

G

- Genu valgum, 542.
 Goitre (Observation et examen histologique), 197.
 Grossesse extra-utérine chez une lapine, 27.
 Grossesse extra-utérine remontant probablement à cinq ans, 380.
 Grossesse avec fibrome utérin, avortement à 3 mois 1/2. — Rétention placentaire. — Mort par péritonite, 523.
 Grossesse tubaire (Un cas de). — Rupture de la paroi de l'oviducte ; hémorrhagie foudroyante dans la cavité abdominale, 45.
 Gros intestin présentant les caractères du rétrécissement par syphilome ano-rectal, 153.

H

- Hémathocèle vaginale gauche ; castration, 464.
 Hématuries. — Hémorrhagies multiples, 392.
 Hémorrhagie cérébrale au cours de coqueluche chez un enfant tuberculeux. — Autopsie, 40.
 Hémorrhagie sous-méningée dans la région de la deuxième circonvolution frontale droite. — Hémiplégie gauche et épilepsie partielle, 111.
 Hémorrhagie cérébrale ayant détruit le tiers postérieur de la coupe optique et une région postérieure de la capsule interne. — Sensibilité affaiblie, 332.
 Hermaphrodisme ; anomalie de la veine-cave ; processus sus-épididymien, 265.
 Hernie inguino-scrotale, 113.
 Hernie inguinée scrotale droite, accompagnée de phénomènes d'étranglement. — Opération. — Engorgement, 445.
 Hernie diaphragmatique chez un adulte, 640.

Hernie inguino-intestitielle gauche avec ectopie testiculaire, 654.
 Hystérectomie. — Ouverture de la vessie. — Cystorrhaphie, 420.

I

- Ictère chronique. — Deux kystes hydatiques du foie, 26.
 Idiotie consécutive à l'hydrocéphalie, 60.
 Idiotie congénitale complète ; tuberculose pulmonaire et intestinale ; rougeole, p. 487.
 Infarctus tendant à la suppuration dans les reins et dans la rate d'un typhique, 666.
 Insuffisance aortique par endocardite interstitielle, 439.
 Inversion splanchnique complète. Méningite, 163.

K

- Kyste dermoïde du ligament large. — Ovariectomie. — Guérison, 20.
 Kyste de la paroi postérieure de l'estomac, 556.
 Kyste hydatique du foie. — Mégalo-splénie consécutive par gêne circulatoire. — Compression du canal cholédoque. — Cirrhose et cholémie par rétention. — Mort, 41.
 Kystes hydatiques dans le fascia sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure, 139.
 Kystes hydatiques de la rate et du foie chez un enfant de onze ans, 320.
 Kyste hydatique pédiculisé du foie, 391.
 Kyste hydatique du foie ; ouverture simultanée dans la plèvre droite et dans les voies biliaires. — Empyème, 428.
 Kyste séreux sous-épididymaire, 599.
 Kyste suppuré de l'ovaire, 651.

L

- Lésions cardiaques chez un chat,** 482.
Lipome de la face interne du bras droit, 226.
Lipome congénital (Excroissances molluscoïdes), 132.
Lipome de la pie-mère, 652.
Lithiase rénale survenue chez un goutteux, 184.
Lithiase biliaire et ictère par rétention biliaire, — Phénomènes typhoïdes. — Endocardite végétante aiguë, 140.
Luxation incomplète de la cinquième vertèbre cervicale. — Mort. — Contusion sans rupture de la moelle cervicale au niveau de la luxation, 521.

M

- Maladie d'Addison. — Tuberculose des capsules surrénales et du corps thyroïde. — Adhérences de l'estomac à la capsule surrénale gauche. — Mort par le choléra,** 592.
Mémoires déposés pour le prix Godard, 507.
Méningite tuberculeuse en plaque à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur du sillon de Rolando, 338.
Méningite tuberculeuse en plaque; monoplégie crurale; attaques épileptiformes, 423.
Méningite cérébro-spinale (Phénomènes de), 464.
Méningite tuberculeuse. — Ramollissement cérébral, étendu à toute l'insula. — Paralyse avec contracture des membres et du facial inférieur du côté opposé à la lésion. — Déviation conjuguée de la tête et des yeux, 656.
Micrococci pneumoniques, 475.
Micrococci pneumoniques dans la broncho-pneumonie de la rougeole, 462.

- Microbes de l'érysipèle dans un cas de néphrite infectieuse,** 434.
Microbes de la gangrène gazeuse, 410.
Moelle d'un enfant atteint de torticollis, avec un abcès à la région cervicale, 639.
Muscle péronier du cinquième orteil chez l'homme, 352.
Myomes utérins considérables. — Hystérotomie. — Phénomènes d'anurie. — Péritonite. — Mort. — Autopsie. — Kystes du rein, 189.
Myxo-sarcome kystique végétant du sein, 137.
Myxo-sarcome kystique, 137.
Myxome de la cuisse, 219.
Myxome sous-cutané douloureux, 244.

N

- Néphrite interstitielle. — Hypertrophie du cœur,** 343.
Néphrite interstitielle. — Ulcère de l'estomac; péritonite; perforation, 577.
Névromes cicatriciels du plexus brachial; fracture double du bassin, contusion cérébrale. — Asymétrie crânienne, 583.
Notices biographiques sur Cazalis et Parrot, 34.

O

- Obstruction intestinale. — Anus contre nature,** 376.
Occlusion intestinale causée par un rétrécissement ancien de l'intestin grêle. — Etablissement d'un anus contre nature, 17.
Occlusion intestinale, 547.
Œsophage (Rétrécissement cancéreux de l'). — Perforation de la trachée, 348.
Ongle incarné ou onyxis latéral, 664.
Orbite (Tuyau de pipe dans l'), 132.
Ovarite supprimée. — Abcès en-

kysté de l'ovaire gauche. — Pelvi-péritonite purulente. — Tuberculose, 588.

P

Paralysie d'origine syphilitique, 193.

Paralysie générale, 412.

Perforation tuberculeuse du sternum. — Ostéites tuberculeuses multiples, 330.

Perforation du voile du palais, 507.

Péricardite tuberculeuse, 585.

Péricarde (Calcification du). — Eruption de vaccine généralisée, 435.

Périfolliculites suppurées (Sur une nouvelle variété de), 364.

Péritonite chronique, 650.

Péritoine (Corps étrangers du), 575.

Pharynx (Ulcération tuberculeuse du), 85.

Phlegmon de la cuisse droite chez une femme au neuvième mois de la grossesse. — Fièvre de suppuration. — Herpès labial — Albuminurie. — Avortement. — Péritonite terminale, 303.

Pied-bot varus equin de cause cicatricielle, 49.

Pied-bot (Particularités anatomiques qui résultent de la dissection du), 183.

Pied d'un diabétique atteint de gangrène spontanée, 51.

Pied creux talus (Sur un), 204.

Plaies pénétrantes de poitrine. — Hémithorax. — Mal de Bright. — Albuminurie intermittente. — Pleurésie diaphragmatique, 581.

Plèvre (Cancer de la), 607.

Polype du rectum chez un homme de 40 ans enlevé par l'écrasement linéaire, 441.

Poumon tuberculeux à bulles d'emphysème, 201.

Poumon d'ataxique (Aiguilles osseuses dans un), 434.

Poumon (Cirrhose du). — Dilata-

tion des bronches. — Broncho-pneumonie aiguë, 470.

Préparations histologiques, 26.

Pseudo-leucémie ganglionnaire et splénique, 565.

Pus bleu, 152, 653, 671.

Pygomélie, 483.

R

Rapports sur la candidature de :

MM. A. Gilbert, 125.

Tuffier, 134.

Paul Legendre, 168.

Broca, 209.

Duflocq, 212.

Ayrolles, 214.

Darier, 216.

Lévêque, E., 221.

Jonathan Hutchinson, 265.

Öttinger, 545.

Rapports sur la candidature de :

MM. Tissier, 611.

Denucé, 619.

Rapport sur le prix Godard, 586.

Récurrent gauche (Note sur un rapport peu connu du), 467.

Région sylvienne (Note sur la) et en particulier sur les plis temporaux-pariétaux, 279.

Reins kystiques très volumineux, 51.

Reins (Dégénérescence kystique des), 268.

Rein (Tumeur du), 517.

Reins kystiques et cancer du duodenum, 611.

Reins chirurgicaux, 640.

Rétrécissement aortique. — Calcification des valvules sigmoïdes d'origine traumatique, 93.

Rétrécissement de l'urètre. — Cystite chronique. — Couche de phosphate ammoniac-magnésien touchant toute la muqueuse urinaire, 95.

Rétrécissement mitral, embolies multiples, phlébite, néphrite interstitielle, 104.

Rétrécissement mitral. — Infarctus

anciens du poumon et du rein, 248.
 Rétrécissement mitral d'origine congénitale, 313.
 Rétrécissement du bassin. — Hydropisie de l'amnios. — Tumeur fœtale, 315.
 Rocher (Carie du), 580.

S

Sarcome du creux poplité siégeant dans le nerf sciatique. — Résection du nerf, 29.
 Sarcome de la région sus-hyoïdienne. — Opération. — Mort rapide. — Généralisation du néoplasme aux poumons, 52.
 Sarcome de la colonne vertébrale, 130.
 Sarcomes des bourses, 142.
 Sarcomes multiples des os, 197.
 Sarcome ostéo-périostique non généralisé. — Amputation de jambe, 455.
 Sarcome ostéo-périostique à généralisation rapide, 456.
 Sarcome mélanique de la peau. — Ablation, récidive locale et généralisation rapide, 511.
 Sarcome pédiculé de la vessie, 566.
 Sarcome volumineux du corps thyroïde, 580.
 Sein (Maladie kystique du), 153.
 Séquestre probablement tuberculeux du frontal, 328.
 Squirrhé atrophique des deux seins. — Infiltration cancéreuse de la colonne vertébrale, 181.
 Symphyse cardiaque. — Insuffisance aortique. — Aortite chronique de l'aorte thoracique. — Mort subite, 346.

T

Thorax (Ecrasement du). — Fractures multiples des côtes à droite avec déchirure du poumon, 334.

Thrombose artérielle marastique, 668.
 Thrombose de la veine faciale (Os de), 131.
 Trachéotomie (Ulcérations trachéales après la), 382.
 Tuberculisation des organes génitaux de la femme, 115.
 Tuberculose pulmonaire et surénale. — Maladie d'Addison, 361.
 Tuberculose rénale, 394.
 Tumeur enkystée de la cuisse, 161.
 Tumeur des méninges cérébrales, 117.
 Tumeur mixte de l'ovaire. — Péritonite chronique. — Pleurésie double. — Ovariectomies. — Guérison, 285.
 Tumeur mélanique sur un moignon d'énucléation de l'œil, généralisation, 274.
 Tumeur osseuse de l'omoplate, 454.
 Tumeur papillomateuse, 464.
 Tumeur polypiforme de l'intestin grêle, 236.
 Tumeur kystique du cou, 547.
 Tumeur solide de l'ovaire pesant 13 livres, 650.
 Tumeur sacro-coccygienne congénitale (Téatologie), 647.
 Tumeur des gaines de la main, 653.
 Tumeur volumineuse de l'un des reins, 639.
 Tumeur veineuse du creux poplité, 31.

U

Ulcération et perforation des follicules isolés du gros intestin dans le cours d'une fièvre typhoïde, 142.
 Ulcération de l'artère poplité au contact d'un foyer de suppuration, 538.
 Ulcères de l'estomac. — Autopsie. — Emphysème considérable ayant envahi le cou et l'abdomen, 672.
 Urèthre (Rétrécissement de l'), 180.

Urèthre (Rétrécissement de l'). —
 Abscès urinaire ouvert dans le
 rectum. — Hypertrophie vésicale
 et cystite. — Urétrite. — Pyélite,
 Néphrite consécutive, 514.

Uréthro-vaginite chronique. — Cys-
 tite secondaire. — Phlegmon de
 la cavité préperitonéale de Ret-
 zius, 562.

Utérus (Note sur un cas de rupture
 complète de l'), 226.

Utérus (Cancer de l') à forme ulcé-
 reuse. — Péritonite latente. —
 Péricardite hémorragique, 310.

Utérus (Prolapsus complet de l'). —
 Neuf calculs volumineux dans la
 cystocèle concomitante, 396.

Utérus (Corps fibreux de l') ;

suppuration de l'ovaire, throm-
 boses ; phlébites multiples, 666.

V

Vaccine. Eruption généralisée, 435.

Vertèbres lombaires (Anomalie sin-
 gulière des arcs vertébraux des),
 408,

Vessie d'enfant, à parois fortement
 épaissies, 131.

Vessie (Rupture de la), 449.

Vessie et urèthre d'un homme
 mort à la suite d'une rétention
 d'urine, 85.

X

Xanthélasma (Altérations du tissu
 dans le), 387.



UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07025 4712

